

Année 1893

THÈSE

N°

319

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

ADOLPHE BRAYER

Né à Bucharest (Roumanie), le 16 décembre 1864.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

PERFORATION DE L'ESTOMAC

ET DE

L'HEMORRHAGIE FOUDROYANTE

DANS L'ULCÈRE DE CET ORGANE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { RICHET, professeur.
MARIE et JOFFROY agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

319

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Juillet 1893, à 1 heure

PAR

ADOLPHE BRAYER

Né à Bucharest (Roumanie), le 16 décembre 1864.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

PERFORATION DE L'ESTOMAC

ET DE

L'HEMORRHAGIE FOUDROYANTE

DANS L'ULCÈRE DE CET ORGANE

Président : M. STRAUS, professeur.

*Juges : MM. { RICHET, professeur.
MARIE et JOFFROY agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHT.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	POUCHET
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
	{ G. SEE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale	{ JACCOUD.
	{ N....
	{ GRANCHER.
Maladies des enfants.	N....
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAX.
	{ LE FORT
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.

ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRE.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SEBILLOT.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	des travaux ana-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	tomiques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTERRER.	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES SŒURS ET A MES BEAUX-FRÈRES

A MES ONCLES

A MES AMIS

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HAYEM

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL ST-ANTOINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de profond respect.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR STRAUS

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE
LA PERFORATION DE L'ESTOMAC
ET DE
L'HÉMORRHAGIE FOUDROYANTE
DANS L'ULCÈRE DE CET ORGANE

AVANT-PROPOS

Il nous a été permis d'observer cette année, à l'hôpital de Rothschild, dans le service de Monsieur le Docteur Weill, un cas clinique de perforation stomacale dans le cours d'un ulcère latent, et à la Morgue l'autopsie de plusieurs individus morts subitement dans les mêmes conditions; à ce propos nous avons entrepris, pour notre travail inaugural une revue générale de l'histoire de la perforation stomacale et de l'hémorrhagie foudroyante dans l'ulcère.

Dans le cours de cette thèse nous traiterons particulièrement de ces complications dans la forme latente de l'ulcère stomacal, par lesquelles on sait que cette affection se manifeste même généralement. Il peut y avoir mort subite (en quelques heures), ou rapide (en quelques jours), et dans ce cas on a de tout temps soulevé une question médico-légale. Nous insisterons donc principalement sur ces cas de mort subite ou rapide.

En même temps nous avons cru devoir décrire le traitement chirurgical de la péritonite générale consécutive à la perforation stomacale dans l'ulcère, question à l'ordre du jour.

Le premier chapitre sera donc consacré à l'historique ; le second à l'étude des conditions étiologiques ; le troisième à l'anatomie pathologique ; le quatrième à l'étude clinique et médico-légale ; le cinquième au traitement.

Avant d'aborder notre sujet, nous sommes très heureux de pouvoir ici publiquement adresser le témoignage de notre reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux pour les enseignements qu'ils nous ont prodigués. Que MM. les professeurs Grancher, Hayem et Pinard, MM. les Docteurs Richelot, Jalaguier, Lejars, professeurs agrégés et M. le Docteur E. Hirtz veuillent bien recevoir aujourd'hui nos sincères remerciements pour le témoignage de sympathie qu'ils nous ont accordée pendant nos années de stage et externat.

Nous ne saurions trop remercier nos maîtres de l'Hôtel-Dieu de Chartres, MM. les Docteurs Salmon, Maunoury, Juteau et Lelong, qui ont bien voulu nous accueillir dans leur service en qualité d'Interne, pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours montrée.

Nous devons des remerciements particuliers à MM. les Docteurs Vibert et Wiell pour la bonté qu'ils ont eu de nous communiquer des observations très-intéressantes.

C'est pour nous un devoir bien doux d'exprimer toute notre reconnaissance à Monsieur le professeur Straus, qui a bien voulu nous faire l'insigne honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE I

Historique

L'histoire de la perforation et de l'hémorrhagie foudroyante dans l'ulcère de l'estomac est bien connue depuis les travaux de Cruveilhier et Rokitansky (1838 et 1839). Longtemps avant on décrivait déjà des ulcérations de l'estomac qui ont occasionné la mort en produisant soit une perforation de l'estomac, soit une gastrorrhagie abondante.

C'est ainsi que Grassius, en 1695, rapporte une observation de perforation stomacale avec écoulement du contenu gastrique dans le péritoine ; que Littre, en 1704, parle d'une hémorrhagie stomacale et intestinale, rapidement mortelle, dont la cause était un ulcère de l'estomac, profond d'une demi-ligne, large de cinq.

En 1805, Mathew Baillie, dans son traité d'anatomie pathologique, insiste sur la perforation parfois complète des parois de l'estomac, que l'on rencontre dans les ulcères de cet organe, analogues à ceux qu'on peut trouver dans les autres organes (d'après cet auteur).

Chaussier a le mérite d'avoir le premier décrit magistralement les traits de la perforation stomacale, ainsi que les symptômes de la maladie qui l'ont amenée. Cette perforation est due suivant lui à un travail spécial d'irritation qu'il ne peut définir et dont il n'a aucune preuve ; cette

irritation déterminerait, dans le point qui en est le siège un afflux de suc gastrique corrosif, dont la funeste activité tournerait contre les parois qui l'ont sécrété. (Annuaire de la Soc. de Médecine du dép. de l'Eure, 1818.)

Les altérations si remarquables de l'estomac ont été démontrées dans les leçons publiques et particulières du maître; elles ont été dessinées, modelées en cire et sont conservées dans les cabinets de la Faculté de Médecine de Paris. Les leçons de Chaussier ont inspiré à ses élèves plusieurs travaux, où se retrouvent retracées les idées de ce maître célèbre.

Une grande confusion régnait jusqu'ici dans les esprits et ce n'était pas possible de distinguer, dans tous les cas de perforation et hémorrhagie, la part qui revenait à l'ulcère de celle qui devait rester au cancer ulcéré, lorsque Cruveilhier, dans son atlas d'Anatomie pathologique (1830-42), puis en 1838 dans la Revue médicale et en 1856, dans les Archives générales de Médecine, sépara définitivement des ulcérations cancéreuses l'affection qu'il désigna le premier sous le nom de l'ulcère simple de l'estomac. — C'est donc dans ces travaux que nous trouvons la première description précise de la question qui nous préoccupe, car on risque en outre de confondre jusqu'ici les déchirures de l'estomac avec les perforations vraies dues à l'ulcère.

Après Cruveilhier, c'est Rokitanski (1839. Osterr. med. Jahrbuch) qui parle nettement de la question.

Ensuite nous citerons les ouvrages de Niemayer (Traité de path. interne, trad. franc. 1869), de Brinton (Traité des maladies de l'estomac, trad. franc. 1870) où nous trou-

vons des observations importantes relatives à notre question.

Sans parler des nombreuses thèses et des articles publiés dans les recueils périodiques français, anglais et allemands, citons particulièrement les ouvrages récents : Debove et Rénault (Ulcère de l'est.) et Bouveret (Maladies de l'est.)

CHAPITRE II.

Etiologie. — Perforation.

Fréquence. — La perforation de l'estomac est une complication fréquente de l'ulcère ; elle se produit d'après Brinton dans 13,5 p. 100 des cas observés. D'après Lebert la fréquence de cette complication serait beaucoup moindre et ne dépasserait pas 3 à 5 p. 100. — Il est vrai que Brinton comprenait dans sa statistique indistinctement toutes les perforations même celles dont la péritonite reste circonscrite et ne détermine pas la mort.

Sexe. — Elle se rencontre 2 fois plus souvent chez la femme que chez l'homme, proportion en rapport avec la fréquence relative de l'ulcère dans les deux sexes.

Age. — Elle peut se produire à tous les âges de la vie, on a cité des observations chez les enfants de 8 à 9 ans et chez des vieillards de 80 et même 82 ans. D'une façon générale, cependant, on peut dire que tous les sujets atteints d'ulcère de l'estomac sont d'autant plus exposés à la perforation qu'ils sont plus jeunes ; Brinton, qui a signalé ce fait, le met en opposition avec la fréquence plus grande selon lui, de l'ulcère chez les individus avancés en âge. Il y a aussi une différence dans l'âge moyen auquel se produit de préférence la perforation dans les deux sexes. Chez la femme, c'est, dans un tiers des cas, entre 14 et 20 ans, dans un autre tiers entre 20 et 30, et

pour le reste au-dessus de 30 ans ; la moyenne est environ 27 ans. Chez l'homme la perforation survient plutôt entre 35 et 50 ans. La moyenne à 42 ans (Brinton.)

Cette remarquable disposition à la perforation, à cette époque de la vie de la femme, fait supposer qu'elle est en rapport plus ou moins immédiat avec les troubles de la menstruation de cette période (Aménorrhée et dysménorrhée). Brinton a décrit « l'ulcère perforant de jeunes femmes chlorotiques. » Mais cette distinction n'est pas justifiée, parce que chez la plupart des femmes atteintes à cette période de la vie, la lésion présente précisément la même origine, la même marche, la même terminaison et les mêmes caractères à l'autopsie que l'on trouverait chez une autre personne jeune ou vieille, de l'un ou de l'autre sexe.

Hémorrhagie

D'après Lebert, l'hémorrhagie existe dans 80 p. 100 des cas d'ulcère et constitue alors un symptôme bien plutôt qu'une complication, mais elle peut devenir *foudroyante*, immédiatement mortelle ; d'après Brinton, cette dernière se produirait une fois sur 20 cas, elle serait quatre fois plus commune chez l'homme que chez la femme et se rencontrerait de préférence dans la période moyenne de la vie.

Causes occasionnelles

La perforation et l'hémorrhagie foudroyante peuvent résulter de l'extension plus ou moins rapide du processus ulcératif, mais le plus souvent il existe une cause

occasionnelle, déterminant la rupture du point de la paroi amincie ou du vaisseau atteint par ce processus.

Perforation. La distension mécanique de l'estomac favorise la perforation, parce qu'elle suffit pour rompre la mince pellicule à laquelle est réduite la paroi stomacale dans certains ulcères. (Nous verrons qu'elle favorise bien plus souvent la perforation de la face antérieure en empêchant la formation des adhérences protectrices). Et de fait c'est de beaucoup le plus souvent immédiatement après le repas que survient la perforation. Plus rarement elle se produit à la suite d'un vomissement, pendant la défécation, sous l'influence de la pression des parois abdominales ; après un éternuement, un accès de toux, qui a amené la rupture d'une faible adhérence à l'épiploon ou au foie. Dans un cas cité par Runeberg (1) l'adhérence peu résistante de l'estomac au foie avait été rompue probablement par la simple introduction d'une sonde dans l'estomac. La pression brusque d'une ceinture, un léger choc sur la région épigastrique, les cahots d'une voiture, la cause enfin en apparence la plus minime peuvent amener cette complication terrible. (2)

Les causes occasionnelles de *l'hémorrhagie foudroyante* sont presque les mêmes. On a remarqué depuis longtemps que la plupart surviennent quelques instants après le repas, à la suite d'un excès alimentaire, sous le double effort de la congestion et de la distension mécanique des parois de l'estomac ; ou bien chez les femmes au moment de la fluxion cataméniale.

(1) Jahresbericht, 1888.

(2) Cas de Geoffroy (Ascension d'un escalier).

On cite un cas d'hémorrhagie grave à la suite d'un lavage de l'estomac (Cornillon, Progrès Medical, 1883). On a pu sauver le malade.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Nous savons qu'il est peu d'ulcères d'une certaine étendue qui ne s'accompagnent d'une réaction inflammatoire du péritoine. Le plus ordinairement cette péritonite reste très localisée; quelques néo-membranes doublent le fond de l'ulcère ou commencent à établir des adhérences avec un organe voisin.

Dans quelques cas, et sans qu'il y ait eu perforation, cette péritonite plastique, à évolution lente et progressive, prend une beaucoup plus grande extension. Elle peut même envahir la plus grande partie ou la totalité de l'hypochondre gauche. Il y a lieu de distinguer cette périgastrite néomembraneuse de la périgastrite suppurative, laquelle procède, nous verrons, d'une perforation.

La perforation et l'hémorrhagie sont le résultat de la marche envahissante de l'ulcère.

Perforation

L'autodigestion ou le processus ulcératif arrive souvent jusqu'à la séreuse. Cette membrane forme désormais le fond de l'ulcère. Elle peut être à son tour digérée ou rompue par la pression mécanique des ingesta, par la contraction de la tunique musculaire; ainsi se produit la perforation.

Siège. — Etant donné ce que nous savons du siège de l'ulcère on pourrait s'attendre à rencontrer la perforation à la face postérieure plus souvent que partout ailleurs. Il n'en est rien cependant.

Ainsi que le montre la statistique de Brinton, l'ulcère de la paroi antérieure expose à la perforation 40 fois plus que celui de la paroi postérieure. Cette paroi antérieure est en effet plus mobile, et, en raison de cette mobilité, les adhérences protectrices y sont moins fréquentes et moins solides. — Voici la statistique de Brinton : Sur 100 ulcères occupant chacune des régions énumérées, la perforation se produit : 2 fois à la face postérieure, 10 fois à la région pylorique, 13 fois dans la région moyenne, 18 fois à la petite courbure, 28 fois sur les faces antérieure et postérieure, 40 fois au cardia, 85 fois à la face antérieure.

Perforation et péritonite générale.

Si la perforation n'a pas été précédée d'une péritonite partielle adhésive, elle provoque une péritonite suraiguë générale, rapidement mortelle. Les liquides de l'estomac se répandent dans la cavité péritonéale. La mort est ordinairement si rapide, que les lésions inflammatoires sont très peu prononcées ; on ne trouve que quelques plaques rouges sur les anses intestinales et quelques exudats fibrineux sur les feuillets du péritoine avec petit épanchement séro-purulent. D'autres fois, si la mort survient seulement au bout de quelques jours, on trouve presque

tous les caractères de péritonite purulente généralisée. L'ulcère de la paroi antérieure expose davantage à la péritonite générale par perforation.

Dans un cas de Brinton, les adhérences faisaient défaut au-devant de la rupture de l'ulcère, mais l'estomac était à ce point distendu par des gaz, qu'il était intimement appliqué contre la paroi abdominale, en sorte que la solution de continuité n'avait laissé suinter dans le péritoine que quelques gouttes de liquide gastrique.

Perforation et péritonite localisée.

D'autres fois, soit que l'épanchement du contenu stomacal ne s'étende pas très loin, soit que la perforation ait été précédée de la formation d'adhérences entre l'estomac et les organes voisins, adhérences qui opposent une barrière à l'extension du contenu stomacal, il se produit non plus une péritonite généralisée, mais une péritonite circonscrite ; l'exudat purulent mélangé aux matières venues de l'estomac est limitée par des fausses membranes épaissies qui tapissent l'estomac, l'intestin, le foie ou l'épiploon ; et il se forme ainsi une poche remplie de pus ou de gaz au-dessous du diaphragme, parfois au-dessus de la face supérieure du foie, c'est le pyopneumothorax souphrénicus des auteurs allemands. En France on appelle la poche ainsi formée abcès gazeux sousdiaphragmatique (Debove et Remond, 1890), ou abcès sousphrénique si elle ne contient que du pus.

Ces abcès peuvent s'ouvrir à leur tour, donnant lieu

soit à une fistule gastro-intestinale, soit à une fistule stomacale, soit à un pyopneumotorax, soit à une pleurésie purulente, soit à une gangrène pulmonaire.

Nous ne parlerons pas de ces dernières complications.

Perforation extrapéritonéale et ulcération des organes voisins.

On l'observe surtout dans les ulcères à marche lente. Cette perforation, également précédée d'une péritonite partielle, présente cependant une allure toute différente. Il n'y a pas d'inflammation suppurative, pas de collection purulente au voisinage de l'estomac. C'est ainsi que sans ouvrir le péritoine, le processus de l'autodigestion peut atteindre les organes voisins ou même éloignés de l'estomac. — La plus fréquente et dangereuse de ces perforations est celle qui se fait dans le tissu pancréatique, qui forme ainsi le fond de l'ulcère. Ce qui fait le danger ici, c'est la présence de deux gros vaisseaux, artère et veine splénique, qui sont souvent atteints par l'ulcération et déterminent la mort par hémorrhagie foudroyante.

D'autres fois le processus ulcéreux peut pénétrer dans le foie, dans la vésicule biliaire.

Par intermédiaire d'adhérences préalables ce processus ulcéreux peut établir une fistule gastro-intestinale cutanée ou gastro-cutanée; il peut perforer le diaphragme, les gaz de l'estomac font brusquement irruption dans la cavité péricardique; de là la production soudaine d'un pneumopéricarde.

Lorsque les adhérences préalables se poursuivent jus-

que dans le péricarde et soudent les deux feuillets de cette séreuse, c'est le cœur lui-même qui peut être attaqué par le suc gastrique. — Toutes ces dernières complications, sans formation antérieure d'un foyer purulent, sont bien plus rares que celles qui naissent de l'abcès sousphrénique.

L'hémorrhagie

La topographie de l'ulcère a une grande importance dans la production des hémorrhagies.

En pénétrant en profondeur, l'ulcère atteint successivement les capillaires et les très petits vaisseaux de la muqueuse, les artères et les veines qui rampent dans le tissu cellulaire sous-muqueux, les branches plus volumineuses et plus profondes de l'artère coronaire, puis l'artère coronaire elle-même. — Si le processus franchit la paroi de l'estomac, il peut ouvrir les artères des organes voisins, le plus souvent celles du pancréas et du foie, comme nous avons vu. Naturellement l'abondance et la gravité de l'hémorrhagie sont en rapport avec le calibre du vaisseau lésé. — La perforation du vaisseau est parfois très large.

Le siège habituel de l'ulcère permet de supposer que les artères gastro-épiploïques gauches doivent être rarement ulcérées, contrairement à la coronaire stomachique et à la pylorique, situées le long de la petite courbure. L'artère splénique, qui croise la face postérieure de l'estomac, est aussi fréquemment ulcérée; les observations ne se comptent plus aujourd'hui dans lesquelles la mort a été causée rapidement par la perforation

de ces derniers vaisseaux. L'ulcération du tronc coeliaque, de la veine porte, de l'aorte même est plus rare, la mort s'en suit en quelques instants par une hématomérose foudroyante. — Il s'y produit généralement après adhérence, de l'artérite, puis une dilatation anévrysmale qui se rompt dans l'estomac. — Ce processus rappelle tout à fait la formation et la rupture des anévrysmes des branches de l'artère pulmonaire dans les cavernes de la phtisie.

Cicatrices.

Les cicatrices de l'ulcère simple peuvent être le siège d'un travail ulcératif nouveau. D'après Cruveilhier, rien n'est plus commun que ces ulcérations consécutives, elles seraient même la source la plus ordinaire de la perforation de l'estomac et de l'hémorrhagie foudroyante par suite de l'usure des troncs artériels qui marchent sous la cicatrice et dans l'épaisseur de cette cicatrice. (Voir les observations de Brouardel et Bazy).

Diagnostic de la perforation en elle-même produite par un ulcère, un cancer, un poison caustique ou bien post mortem.

Ces différences portent sur le siège de la lésion, son étendue, sa forme, ses bords.

Le siège des altérations anatomo-pathologiques peut faire souvent présumer la cause productrice de la perte de substance. Le pylore et la petite courbure sont le lieu d'élection dans le cas de cancer, à la face antérieure de l'estomac on trouve surtout la perforation de l'ulcère

rond. Quand au grand cul-de-sac, c'est la zone du ramollissement et des ruptures spontanées consécutives, car c'est le point le plus faible des parois gastriques; étant donné que c'est aussi le point le plus déclive de l'organe, les lésions sont aussi souvent cadavériques.

L'étendue de la lésion est extrêmement variable, d'ordinaire la perforation est de petites dimensions, surtout si elle est la conséquence d'un ulcère. En effet, l'ulcère progresse à travers les parois de l'organe et les creuse en formant une sorte d'entonnoir; il en résulte ce fait que la perforation n'est jamais égale en étendue à l'ulcération. Parfois c'est un simple pertuis qui peut échapper même à un œil attentif, car dans certaines circonstances l'orifice est tellement étroit ou si bien dissimulé sous les fausses membranes, que l'insufflation de l'estomac ou une injection d'eau sont nécessaires pour décèler le siège de l'orifice fistuleux.

Ailleurs, l'ouverture est plus grande, avec véritable perte de substance, quelquefois même très étendue; mais il faut se méfier dans ces derniers cas et regarder comme probable l'action de la décomposition cadavérique, soit pour la totalité des lésions apparentes, soit pour une partie seulement de la perforation; on peut affirmer cette perforation cadavérique, s'il n'y a pas de traces de péritonite plus ou moins récente.

La forme de l'ouverture stomacale est assez rarement celle d'un mince pertuis, creusé dans l'épaisseur des parois du viscère; plus souvent on trouve une ouverture arrondie, à bords très nets, bien accusés; il s'agit alors presque toujours d'un ulcère rond; d'autres fois enfin

L'ouverture est plus irrégulière : il y a une véritable destruction d'une partie de l'organe.

Lorsque la perte de la substance est taillée en bande ou déchiquetée, sinueuse sans réaction inflammatoire péritonéale, on peut être assuré que les lésions sont produites *post mortem* et qu'elles sont d'origine cadavérique.

Les bords de l'ulcération n'offrent pas toujours le même aspect, quelquefois ils sont disposés en terrasses, ailleurs taillés à pic. — Tantôt les tissus qui les constituent sont sains et conservent la consistance normale des parois gastriques, tantôt il existe une induration notable, qui peut être squirrheuse, encephaloïde ou simplement fibreuse et dénote un vieux ulcère. L'estomac, dans le reste de son étendue, est rarement sain, quoique l'intégrité complète de ses tuniques n'est pas chose impossible ; mais il existe le plus souvent un état d'inflammation superficielle. — En cas de perforation par ulcère, on peut trouver à côté du point perforé des ulcères en voie d'évolution ou cicatrices. — Rappelons encore que dans les perforations cadavériques les bords sont amincis, ramollis, sans netteté, blanchâtres.

Si la perforation est cancéreuse, la forme est irrégulière ou en fente, les parois ont l'aspect cancéreux. Les bords de l'ouverture sont renversés et fournis par un tissu rosé, saignant et fongueux. Si on les sectionne on en fait sourdre par la pression un suc laiteux très abondant. La tunique musculieuse est hypertrophiée au voisinage de la lésion cancéreuse. Il y a généralement de la propagation du néoplasme aux tissus voisins, des traces de péritonite can-

céreuse, de l'adénopathie cancéreuse des ganglions, de l'épiploon gastrohépatique, du grand épiploon et du mésentère.

Dans quelques circonstances ces caractères physiques manquent, les altérations locales de la perforation sont nulles pour faire reconnaître la cause. Y a-t-il eu un empoisonnement? Telle est la difficile question qu'un médecin légiste peut avoir à décider en pareille circonstance. Il faut alors rechercher dans la partie susdiaphragmatique du tube digestif les traces qu'ont pu y laisser les substances corrosives, les acides minéraux. Si ces investigations restent insuffisantes ou si l'on ne peut le faire, il n'y a que l'analyse chimique des matières trouvées dans l'estomac et le péritoine qui puisse lever les doutes. La grande étendue cependant des altérations de la membrane muqueuse gastrique, la multiplicité des perforations larges à bords irréguliers, siégeant de préférence près du cardia ou à la partie déclive, la présence d'eschares dans divers points, sont des signes probables d'un empoisonnement.

La découverte d'altérations identiques sur les organes abdominaux touchés par les matières épanchées serait une présomption voisine de la certitude.

IV

Etude clinique et médico-légale

Symptômes. — *Perforation et péritonite générale.*

Cette forme de la péritonite par perforation tue en quelques heures ou en deux ou trois jours. Lorsque l'ulcère ne s'est jusqu'alors traduit que par peu ou pas de symptômes, cette perforation est presque foudroyante. Le plus souvent, cependant, le malade avait déjà tous les signes d'un ulcère de l'estomac. Tout à coup, il ressent une douleur extrêmement vive à la région épigastrique. Il a quelquefois la sensation d'une déchirure intérieure et de l'écoulement du liquide dans la cavité péritonéale. La douleur s'étend bientôt à tout l'abdomen ; elle devient générale et s'accompagne parfois d'épreintes du côté de la vessie et du rectum. Loin de la calmer, l'ingestion des boissons l'exaspère à un très haut degré. Le hoquet peut apparaître dès les premières heures ; il retentit douloureusement dans tout l'abdomen. Puis le météorisme se développe rapidement et la matité hépatique disparaît.

Les traits s'étirent, les extrémités se refroidissent et le pouls devient de plus en plus petit et misérable. La douleur peut s'atténuer beaucoup ou même disparaître quelques heures avant la mort à cause du collapsus, qui amoindrit la sensibilité du malade.

Les symptômes de la réaction inflammatoire sont peu marqués, et ce qui domine le tableau clinique, c'est le collapsus. La rapidité du collapsus est un des signes distinctifs entre la péritonite par perforation et la péritonite aiguë généralisée. — Ainsi la température est ordinairement peu élevée, dans quelques cas, elle tombe au-dessous de la normale. Elle était à 35°8 chez un malade de M. Talamon. (Soc. anat. 1879). — Il n'est pas rare non plus que les vomissements fassent entièrement défaut depuis le début jusqu'à la terminaison fatale, comme l'a montré Ebstein dans un remarquable travail paru dans le « *Zeitschrift für Klinische medicin*, 1885 » : Etude clinique et critique sur la péritonite par perforation. — Cette absence du vomissement est même un bon signe de la péritonite par perforation de l'estomac. Elle peut être due à la sidération des centres nerveux (1). Elle s'explique aussi par la rupture des parois gastriques. Pendant l'acte du vomissement le contenu de l'estomac subit une forte compression. S'il existe une large perforation, les gaz et les liquides ont évidemment plus de tendance à s'échapper par cette perforation que par le cardia et l'œsophage. — Quand l'ouverture est très petite, le vomissement peut cependant avoir lieu, ainsi qu'on

(1) (Mader, Wiener, méd. Blatler, 15 octobre 1886).

peut le voir dans plusieurs observations que nous publions. Ces observations paraissent donner raison à la théorie de Mader (1), qui pense que dans l'ulcère rond perforant, le contenu de l'estomac doit être rendu par la bouche, parce que le vomissement n'est pas simplement produit par une pression passive de l'estomac, mais encore par les contractions antipéristaltiques, qui transforment en fente l'orifice de l'ulcère, ce qui ne permet pas le passage des aliments à travers cet orifice. A l'appui de sa thèse, Mader donne aussi une observation.

Il peut arriver que les vomissements continuent même avec une large ouverture, quand celle-ci est bouchée par le contact des organes voisins.

A la douleur vive qui suit la perforation vient se joindre quelquefois un autre symptôme. C'est la tension du ventre. C'est un phénomène qui se produit dans la plupart des cas, mais qui pourtant n'est pas constant. Cette augmentation de tension de la paroi abdominale peut coïncider avec un gonflement considérable de l'abdomen, c'est ce qu'on remarque le plus souvent. Mais elle peut aussi se produire sans qu'il y ait gonflement du ventre et même le ventre étant retracté.

Voici un cas de tension de la paroi abdominale sans gonflement du ventre observé par Traube :

Obs.— « Homme de 28 ans. La perforation a été suivie d'une péritonite diffuse. La mort survient peu de temps après le commencement de la maladie. Le malade, à son

(1) De la soidisante absence des vomissements dans la péritonite par perforation de l'estomac, Wiener, méd. Blatter, 150 et 1886.

arrivée, présentait les signes d'une péritonite perforative. Et ce diagnostic Traube le porta à la suite de l'apparition d'une masse gazeuse au niveau de l'épigastre. La cause de cette péritonite fut placée dans l'estomac, parce que le malade en souffrait depuis longtemps et aussi à cause de l'absence des vomissements. **La paroi abdominale était très dure et rétractée.** »

En somme, cette augmentation de tension de la paroi abdominale, constatée par plusieurs auteurs et sur laquelle a particulièrement insisté Ebstein, est un signe qui nous paraît excellent. Dans ce cas, le ventre est dur : il y a véritablement tension exagérée, et non pas seulement absence de météorisme ; il peut rester ainsi jusqu'à la mort. On a expliqué ce phénomène dans quelques cas par une paroi abdominale très musculeuse, qui empêchait le gonflement du ventre par les gaz se faire ; dans d'autres cas, où le ventre était aplati même, le contenu gazeux de l'estomac qui s'y est vidé était peu abondant. — Bauer, dans son travail sur la péritonite aiguë diffuse, explique ce phénomène du début par une irritation inflammatoire ; il se produit une contraction réflexe des muscles de l'abdomen et des muscles de l'intestin.

La disparition de la matité hépatique passe pour un des meilleurs signes de la péritonite par perforation stomacale et concorde le plus souvent avec un ventre fortement météorisé. — Elle prouve en effet que des gaz ont pénétré dans la cavité péritonéale et s'interposent entre le foie et la partie antérieure de l'abdomen. Mais ce signe n'a qu'une valeur relative. Dans les péritonites générales sans perforation, la distension considérable des anses in-

testinales suffit à produire une réduction très marquée de la matité hépatique. — Kriege, dans l'observation que nous publions, insiste cependant sur l'importance de ce dernier signe, de même que sur la suppression des vomissements dans le diagnostic de la perforation stomacale chez un malade soupçonné de porter un ulcère de l'estomac, qui est pris brusquement des phénomènes péritoniques.

Dans quelques cas la constipation est absolue, aucun gaz ne s'échappe par l'anus ; de plus la sécrétion urinaire est absolument réduite ou supprimée ; en sorte que la péritonite suraiguë est prise pour une obstruction intestinale. — Talamon a observé dans un cas un phénomène rare du shock abdominal, une paralysie complète des deux membres inférieurs. (1)

Tous ces symptômes graves contrastent d'une manière effrayante avec l'intégrité d'intelligence, car les troubles nerveux font habituellement défaut ; rarement on voit survenir, quelques instants avant la mort, des convulsions ultimes véritablement agoniques. La mort est la terminaison inévitable. On a cependant cité des exemples de guérison (Un cas de Barton. (2)

Il est très probable, dit Bouveret, que dans la plupart des cas de ce genre, il s'est agi, moins d'une vraie péritonite que de cet état que Gubler a décrit sous le nom de

(1) (Progrès médical, 1880).

(2) British medical journal, 1890. Dans ce cas il y avait au début des phénomènes de péritonite aiguë généralisée, mais la péritonite est restée localisée, il s'est formé un abcès qui s'est ouvert dans le colon (fistule gastro-intestinale).

« péritonisme ». Sans infecter la cavité séreuse, quelque^s gouttes de liquide ou quelques bulles gazeuses, restées au voisinage de l'estomac, ont produit une très vive excitation des nerfs du péritoine.

Péritonite localisée

Même quand elle doit rester localisée autour de l'estomac, la péritonite par perforation débute par des symptômes de péritonite générale ; mais au lieu de s'accroître avec une rapidité effrayante et d'aboutir en quelques heures au collapsus et à la mort, ces signes persistent pendant quelques heures et diminuent peu à peu. Le ventre est moins tendu, moins douloureux à la pression, dans son ensemble tout au moins, car la palpation du point enflammé est encore le siège d'une vive douleur. Parfois les douleurs locales ont des irradiations jusque dans le cou et dans l'épaule ; l'appétit est en partie revenu, des crises de diarrhée remplacent de temps en temps la constipation opiniâtre ; le malade n'a plus la torpeur, le faciès grippé du début, mais il est encore maigre, avec les yeux cernés, les traits tirés ; le pouls est rapide, la fièvre tombe le matin, pour s'élever le soir à de hautes températures. Puis l'état général, après avoir paru s'améliorer, s'affaiblit de plus en plus ; l'amaigrissement s'accroît ainsi que l'anémie, le malade tombe dans le marasme et meurt après 10 ou 15 jours, quelques semaines au plus par les progrès de l'épuisement et de l'hecticité, à moins d'une intervention chirurgicale.

Nous avons vu que cette péritonite peut s'enkyster au-

tour de l'estomac et donner naissance à l'abcès gazeux sousphrénique, lequel à son tour peut s'ouvrir dans la grande cavité péritonéale, dans l'intestin, au niveau de la paroi antérieure de l'abdomen, ou enfin du côté du thorax, dans la plèvre ou dans une bronche.

Perforation extrapéritonéale

L'origine de l'accident est souvent méconnue, du moins si l'existence de l'ulcère est ignorée, c'est-à-dire latent. Nous avons vu que dans ce cas le processus ulcératif intéresse les néomembranes solides d'une péritonite adhésive préalable et établit ainsi la communication directe de l'estomac avec les organes voisins; chemin faisant ce processus peut aussi atteindre une grosse artère.

Quand cette perforation se fait, il y a parfois une élévation de température, il n'y a jamais cette douleur atroce, ce collapsus de la perforation intrapéritonéale.

La perforation de l'intestin grêle ne donne pas lieu à des symptômes caractéristiques. Celle du gros intestin peut produire une diarrhée lientérique, rebelle et de longue durée.

La perforation du diaphragme provoque d'abord une douleur violente de la région dorso-lombaire, puis apparaissent tout à coup les signes d'un hydropneumothorax. — La perforation peut se faire directement dans le péricarde adhérent au diaphragme. Les gaz de l'estomac font directement irruption dans la cavité péricardique, et il se produit un pneumopéricarde.

Brusquement, le malade ressent une douleur vive à

l'épigastre; il est pris d'une dyspnée intense qui augmente de plus en plus et s'accompagne d'une cyanose généralisée. On ne perçoit plus, ni à la main ni à l'oreille, le choc de la pointe du cœur; les bruits du cœur, les frottements péricardiques ont un timbre métallique, la matité précordiale est remplacée par une sonorité exagérée. Rapidement le pouls devient petit, faible, irrégulier, l'asystolie est de plus en plus marquée, le malade meurt en quelques jours dans le collapsus ou dans le délire et les convulsions. Il y a trois cas observés en tout, en France, par Mathieu (Archives gén. de Médecine, 1880,) et Moizard (Société médic. des hôp. de Paris, 1885,) et en Allemagne par P. Guttman (Berl. Klin. Wocheuschr, 1880.)

Nous avons vu également la possibilité de la perforation directe du cœur, s'il existe une péricardite adhésive par adhérences préalables; dans les cas connus la mort s'en est suivi rapidement d'hémorrhagie foudroyante, attribuée à l'ulcération d'une grosse artère. Il y a 4 observations de ce genre :

Chiari (Anzeigeder Krauk Gesellsch, 1880);

Oser (Wiener Blatt. 1881); Brenner (Wiener med. Woch, 1881);

Finny (Brit. med. Journal, 1886).

MM. Korach et Jurgensen, en Allemagne, ont signalé des complications fort rares de perforation stomacale. Le premier, l'emphysème généralise (Deutsch. med. Wöchenschr, 1880), le second a publié une observation, qu'il intitule « Air dans le sang à la suite d'un ulcère gastrique » (Deutsch. Archiv. für. Klin. med. XLI.)

Il s'agit là des lésions complexes : un emphysème gé-

nérialisé, un hydropneumothorax double, du sang spumeux dans le ventricule droit, les veines jugulaires et les veines sushépatiques. Le patient mourut en deux jours de cette perforation.

Hémorrhagie foudroyante

C'est, nous avons vu, l'hémorrhagie due à l'ulcération des gros troncs vasculaires. Le malade éprouve subitement, généralement après le repas, une sensation de plénitude stomacale de malaise, d'angoisse, de tendance à la syncope ; il a quelques nausées, il lui monte à la gorge une saveur spéciale et il rend une quantité considérable de sang, presque sans un seul effort de vomissement ; puis suivent tous les signes d'une hémorrhagie interne intense : rapidité et faiblesse du pouls, pâleur, lipothymie, syncope. — Puis l'hématémèse s'arrête, le malade rend le lendemain une quantité plus ou moins grande de sang par l'anus, sans qu'il ait l'aspect du goudron, de chocolat délayé. Tout semble rentrer dans l'ordre jusqu'à une seconde ou une troisième gastrorrhagie semblable, qui emporte enfin le malade. D'autres fois le malade succombe à la première hémorrhagie, à la première hématémèse.

Dans certains cas enfin, l'issue du sang dans l'estomac a été si brusque et si intense qu'il n'y a ni hématémèse ni melœna. Le malade ressent une douleur à l'épigastre, il pâlit, tombe en syncope, il meurt. Ces cas ne sont pas les plus fréquents et se rencontrent surtout lors d'anévrysmes et d'ulcération du tronc cœliaque et de l'artère splénique.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL
DE LA PERFORATION DE L'ESTOMAC AVEC
PÉRITONITE GÉNÉRALE DANS LE COURS D'UN
ULCÈRE LATENT

**I. Empoisonnement et considérations
médico-légales.**

Le diagnostic d'une perforation de l'estomac dans le cours d'un ulcère simple peut offrir de grandes difficultés et n'est possible parfois qu'à l'examen microscopique, surtout quand l'ulcère était latent. — Ainsi on peut se trouver en présence d'un individu qui meurt subitement ou très rapidement (en quelques heures ou en quelques jours) d'une péritonite suraiguë, survenue brusquement ou du moins sans prodromes, ayant permis de faire le diagnostic d'une affection de l'estomac, et due pourtant à la perforation d'un ulcère.

Un autre individu reçoit un choc à l'épigastre dans une lutte ou dans un accident; il pâlit, tombe en syncope et meurt, l'autopsie montre qu'il était porteur d'un ulcère simple ancien et que le choc a simplement été la cause occasionnelle de la déchirure d'un petit anévrysme prêt à se rompre.

Brinton cite textuellement : « Une personne, le plus souvent une jeune femme, et bien portante en apparence, d'autres fois, une femme dyspeptique et chlorotique depuis quelque temps, éprouve, tout à coup, à la suite d'un repas, une douleur atroce dans l'abdomen puis tous les symptômes d'une péritonite rapidement fatale. Ce passage rapide d'une santé apparente à une souffrance horrible et à la mort éveille singulièrement l'attention et quelquefois fait naître le soupçon d'un empoisonnement.

La première hypothèse qui s'offre à l'esprit en cette occurrence, est donc celle d'un empoisonnement, question qui a de tout temps éveillé l'attention des médecins légistes.

Le professeur Chaussier (Thèse de Laisné, 1819) a eu le premier le mérite d'avoir fait observer combien ces cas de perforations stomacales étaient propres à faire croire à un empoisonnement. Il signale plusieurs erreurs commises à ce sujet par des médecins experts et dans un cas de ce genre il eut la satisfaction d'arracher le prévenu à la condamnation qui le menaçait.

Voici le cas :

Obs. — « Une femme de 22 ans va à Montargis et en revient, fait ainsi 2 lieues pendant la plus grande chaleur d'un jour de juin et sans avoir pris ni aliments ni boissons. Elle se plaint à son retour, d'un léger malaise et d'une douleur à la tête qui se dissipe le soir. Elle soupe avec son mari, sa belle-mère et deux soldats qu'elle avait en logement (un plat de pois, un pot de vin mêlé d'eau).

» Après le souper, la femme va se coucher et passe la

nuit sans se plaindre. Le lendemain elle se lève la première vers 3 ou 4 heures du matin, pour traire sa vache et la conduire aux champs. S'étant trouvée incommodée quelques heures après, elle retourne chez elle, se plaignant d'éprouver un grand froid et des douleurs dans tous les membres, mais surtout à la tête et à l'estomac. Elle avait les yeux rouges et les jambes vacillantes, ses forces étaient anéanties ; elle mangea cependant dans la journée deux soupes au lait, qu'elle prépara elle-même. Elle expira la nuit suivante à 2 ou 3 heures du matin, environ 24 heures après les premiers symptômes.

» Le juge de paix dresse procès-verbal ; un docteur R. fait l'autopsie, trouve une perforation de l'estomac et déclare qu'il présume que cette femme est morte empoisonnée par une substance vénéneuse telle que l'oxyde d'arsenic.

« Cinq médecins ou chirurgiens de Montargis examinent encore cet estomac et tous déclarent que la lésion est due à l'effet d'une substance caustique introduite dans le dit estomac, au moyen d'un véhicule quelconque et qu'aucune maladie ne peut détruire une aussi grande portion de substance animale vivante, l'influence vitale nous défendant sans cesse contre des accidents aussi graves, dont, au surplus, l'homme ne peut porter la source en lui-même, de manière à ce qu'elle agisse en aussi peu de temps. Le mari est accusé et peut être condamné à la peine capitale. Mais un autre docteur s'élève avec énergie contre les conclusions des experts. On demande alors l'avis de Chaussier. Celui-ci rejette absolument l'idée d'un empoisonnement et attribue la mort à une cause morbide intérieure et

cachée. Les juges sont éclairés par ce rapport et acquittent l'accusé. »

Dans de pareils cas Chaussier conseille au médecin légiste d'avoir égard, pour s'éclairer, à trois sortes de circonstances : à tout ce qui a précédé ou accompagné la mort, à l'examen de la perforation et des altérations que présente l'estomac considérées en elles-mêmes, et enfin à l'examen des autres parties du corps et particulièrement des matières diverses contenues dans l'estomac, les intestins et les diverses parties du corps.

Cruveilhier (1) cite un cas remarquable :

« Les accidents suite de perforation étant quelquefois survenus immédiatement après l'ingestion d'aliments et de boissons, la question d'empoisonnement a dû être soulevée dans un grand nombre de cas de ce genre. C'est ainsi que les charbonniers de Paris, qui ont toujours mis obstacle à l'autopsie de ceux de leurs camarades qui succombent à la Maison-Royale de santé, voulurent assister par députation à l'ouverture du malade dont on va lire l'histoire.

« Un charbonnier, âgé de 23 ans, constitution athlétique, est apporté mourant à la Maison-Royale de santé, le 15 décembre 1829. Abdomen ballonné, extrêmement douloureux par la pression, coliques atroces, face profondément altérée, pouls grêle, extrémités froides. Ce malheureux, qui a toute sa connaissance, demande à grands cris du soulagement. Interrogé sur la cause de cette péritonite suraiguë, il répond que depuis 10 jours il éprouve un lé-

(1) *Anatomie pathologique* (1830-42) *Revue médicale*, 1838.

ger malaise, qui ne l'a pas empêché de continuer ses travaux, ni même de commettre des excès de boissons.

» La veille du jour de son entrée, au matin, ayant un sac de charbon sur les épaules, il est pris de douleurs abdominales tellement vives qu'il peut à peine gagner son logis. Un médecin appelé se contenta d'une application de quelques sangsues sur l'abdomen et le lendemain, voyant le malade désespéré, il le fait transporter à la Maison-Royale de santé, où il mourut trois heures après son entrée.

» Avant l'ouverture, j'annonçais que nous allions trouver une perforation spontanée de l'estomac ou des intestins, si toutefois elle n'était pas la suite d'un empoisonnement.

» L'abdomen ouvert avec précaution, nous avons trouvé dans la cavité du péritoine une grande quantité de gaz, des fausses membranes et un liquide boueux. Pour mieux reconnaître le lieu de la perforation, j'ai fait insuffler de l'air par l'œsophage ; aussitôt cet air s'est échappé avec bruit au niveau du pylore, et la perforation, masquée par des fausses membranes, a apparu. L'estomac, ouvert du côté opposé à la perforation, nous a présenté une altération en forme de zone qui occupait toute la circonférence de l'orifice pylorique. Le fond de cette perforation était formé par des fibres musculaires et la perforation l'un des points de cette zone. »

Rokitansky parle également des cas dans lesquels la perforation manifeste brutalement un ulcère latent. « Des cas pareils, dit-il, peuvent donner l'idée d'un empoison-

nement, jusqu'à ce que l'autopsie montre la cause de la mort ».

Grasset a publié un mémoire très important à ce point de vue : Observations d'ulcère latent de l'estomac ne se manifestant qu'au moment de la perforation de cet organe et pouvant simuler un empoisonnement (Annales d'Hygiène publique et Médecine légale).

Entre autres observations, il en publie une qui lui appartient, dont voici le résumé :

« Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui vient à Montpellier pour tirer au sort, qui se porte très bien et au dire de sa famille s'est toujours très bien porté.

» Il a fait quelques excès de boissons, mais ne paraît pas en avoir été malade. Il part pour Palavas, où il va à pied, fait sans accident ses 11 km, déjeune sobrement sur la plage avec quelques aliments achetés sur place, et un 1/4 d'heure après est pris d'horribles coliques ; on le reporte chez lui ; les accidents vont en s'aggravant et le malade succombe 24 heures après le début des accidents. La famille et le public croient à un empoisonnement, le vulgaire accusait déjà les vins fuchsinés. La justice ordonne l'autopsie et on constate un ulcère de l'estomac resté parfaitement latent jusqu'à la veille de la mort et dont la perforation a entraîné la mort du sujet par péritonite suraiguë. — (Le malade a eu des vomissements jusqu'à la fin).

» Les faits de cet ordre sont rares et ont une importance clinique qu'il m'a paru utile de relever. Je ne crois pas sans intérêt de rapporter des cas analogues, ne fut-ce que pour montrer que ces cas-là ne sont pas absolument

exceptionnels et qu'il faut savoir compter avec eux en clinique et en médecine légale et dans le diagnostic de ce que Gubler appellerait le péritonisme suraigu ».

M: le professeur *Lacassagne* et le docteur *Cautagne* eurent à faire l'autopsie médico-judiciaire du nommé P., le 28 janvier 1881. Cet homme, qui vivait en concubinage, mourut dans des circonstances analogues et qui éveillèrent des soupçons criminels contre sa maîtresse. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une perforation consécutive à un ulcère de l'estomac (Thèse Baptiste, 1883).

Tous ces exemples démontrent amplement la ressemblance étroite qui existe entre les phénomènes observés à la suite de certains empoisonnements et ceux que nous avons décrits à propos de la perforation stomacale. Dans ce cas, pour bien poser le diagnostic, il faut tenir le plus grand compte de l'âge du malade, de ses antécédents, des conditions dans lesquelles ont éclaté les symptômes morbides. Ce dernier élément est toujours important; il acquiert une valeur prépondérante et décisive. Ainsi nous avons vu que Cruveilhier, dans le cas que nous avons cité plus haut, put, après avoir appris que le malade souffrait depuis plusieurs mois de l'estomac et que les digestions étaient laborieuses, annoncer avant l'autopsie qu'il trouverait un ulcère de l'estomac, quand tout le monde croyait à un empoisonnement.

En outre, il faudra examiner la langue, les parois de la bouche et du pharynx; certaines substances corrosives déterminent par leur simple passage sur ces parties une destruction plus ou moins complète de la muqueuse ou laissent d'autres marques de leur contact. Enfin toutes

ces constatations peuvent être complétées par l'analyse chimique des matières vomies.

Des discussions, comme dans le cas de Chaussier, que nous citons plus haut, ne seraient certainement pas possibles aujourd'hui grâce aux progrès de l'analyse chimique qui ont rendu toutes ces questions beaucoup plus précises. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il est d'une importance capitale pour le médecin légiste, de savoir bien apprécier et bien connaître les cas dont il s'agit ici.

Il peut se présenter du reste plusieurs questions à ce point de vue, d'après Grasset.

En présence des accidents foudroyants d'une péritonite suraiguë ou de ce que Gubler appelle le péritonisme suraigu, pour montrer que l'intensité des symptômes n'est pas en rapport avec l'intensité et l'étendue de l'inflammation péritonéale, en présence de ces cas a-t-on affaire à un empoisonnement ou à une perforation de l'estomac ?

Voilà une première question que l'autopsie tranchera d'une manière définitive.

Mais une fois qu'on a constaté la perforation, de nouvelles difficultés peuvent se présenter.

Cette perforation est-elle spontanée ? Est-elle le résultat de l'action d'un poison caustique ? Un ulcère préexistant et spontané, mais latent, a-t-il été ouvert, perforé par s'ingestion des matières vénéneuses ou par un léger traumatisme ? L'attention du médecin légiste doit être attirée sur toutes ces questions et il ne pourra les résoudre par l'examen attentif de la lésion et la connaissance de l'anatomie pathologique de l'ulcère rond. — Il devra enfin le rappeler que l'absence d'antécédents pathologiques et

la santé parfaite antérieure n'excluent pas l'idée d'un ulcère chronique de l'estomac et d'une perforation spontanée de cet organe; c'est ce dernier point qui n'est pas sans importance ».

II. Hémorrhagie interne

Etat syncopal avec une prostration subite, un refroidissement périphérique avec sueur profuse, de la petitesse du pouls, un abaissement de la température. Le diagnostic de la perforation gastrique peut donc offrir de réelles difficultés. Toutefois le facies n'est pas le même : l'hémorrhagie interne s'accompagne d'une décoloration des téguments et des muqueuses et dans ce cas la face n'est pas grippée. — Stokes arriva au diagnostic dans un cas de péritonite par perforation consécutive à un ulcère de l'estomac par les anamnétiques et par ce signe particulier que les battements des artères fémorales paraissent être plus violents que de coutume, phénomène attribué à la stimulation produite par la péritonite, tandis que le pouls radial avait disparu.

III. Occlusion intestinale

L'occlusion intestinale est apyrétique, tant qu'elle ne se complique pas de péritonite; les douleurs qu'elle produit sont paroxystiques et cessent en même temps que les contractions péristaltiques et antipéristaltiques de l'intestin. — Celles-ci sont visibles sous les téguments de l'abdomen, la constipation est absolue, il n'y a pas d'émission de gaz, il existe des vomissements fécaloïdes.

IV. Perforation intestinale

Lorsque la brusquerie, l'intensité de la douleur, la rapidité d'apparition des phénomènes généraux ont permis de faire le diagnostic de péritonite par perforation, il faudra immédiatement songer à une lésion intestinale. En dehors des ulcérations tuberculeuses et typhoïdes de l'intestin grêle, les appendicites sont fréquentes et l'on devra toujours discuter cette hypothèse. Dans ces cas de perforation de l'appendice, la localisation du début et du maximum de la douleur au niveau de la fosse iliaque droite, la constipation sont les symptômes que l'on constatera et qui permettent de poser un diagnostic. De plus, il y aura des vomissements, tandis que ceux-ci manquent le plus souvent dans la péritonite aiguë par perforation gastrique. Quant au météorisme, sa constatation ne nous paraît pas avoir une bien grande signification, car s'il est vrai que le météorisme n'a jamais manqué dans les péritonites consécutives à la perforation de l'intestin, il est également certain qu'on l'a constaté parfois dans les péritonites consécutives à la perforation de l'estomac. (Obs. de Grasset.) Au contraire, l'augmentation de tension de la paroi abdominale nous semble être un signe excellent de perforation de l'estomac. Un ventre plat et tendu, dans un cas de péritonite aiguë paraissant provoquée par une perforation, doit faire songer à placer dans l'estomac le siège de la perforation.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des autres formes de perforation (qui est parfois très obscure, surtout dans la forme extrapéritonéale), nous étant proposé de

traiter en particulier de celle qui est accompagnée de péritonite générale.

Diagnostic de l'hémorrhagie foudroyante dans l'ulcère.

Quelquefois impossible. Un individu reçoit un coup sur l'épigastre, pâlit, tombe en syncope et meurt ; nous avons vu qu'à l'autopsie on trouve quelquefois dans ce cas la rupture d'une grosse artère de l'estomac ou du voisinage par suite d'un ancien ulcère, qui a occasionné une hémorrhagie interne intense et la mort instantanée. — S'il y a une hémorrhagie on ne peut guère compter sur les anamnétiques pour établir le diagnostic. Quelques crampes après le repas paraissent avoir une valeur décisive. Il est rare que les dernières parties du sang dues à une hémorrhagie considérable dans l'ulcère n'aient pas une coloration brunâtre (due à l'action du suc gastrique), si toutefois elle se répète pendant quelques heures. Le lendemain le malade rend toujours dans ce cas par l'anus du sang à l'aspect du goudron ou pur même quelquefois. — Le sang qui provient de la rupture d'un anévrysme dans l'oesophage est toujours rouge et rutilant, de même que le sang d'une hémoptysie.

Pronostic

Le pronostic de la perforation avec péritonite rapidement générale reste toujours excessivement grave, malgré les essais d'intervention chirurgicale de ce dernier temps. La mort peut arriver, nous avons vu, en quelques heures ou en quelques jours. Au contraire, si la péritonite se cir-

conscrit et donne naissance à un abcès souphrénique, la gravité du pronostic diminue de beaucoup grâce à cette intervention chirurgicale.

La mort est également rapide quand la perforation atteint le péricarde, ou la plèvre ou le cœur, directement ou par intermédiaire de l'abcès scuphrénique.

La perforation de l'estomac prend l'allure d'une maladie chronique, qui peut se terminer par la guérison : 1° Dans le cas où il s'établit une fistule stomacale ou une fistule gastro-intestinale (cas de Barton, loc. cit.); 2° Dans les cas où un organe voisin sert de tampon à la perforation, où aucun vaisseau important n'a été lésé et aucune hémorrhagie sérieuse ne s'est par conséquent produite.

CHAPITRE V

Traitement. — Perforation

Le traitement médical de la péritonite générale par perforation a peu de chances de succès, néanmoins doit-on établir le traitement qui convient à toute péritonite par perforation, c'est-à-dire : 1° obtenir du malade l'immobilité la plus absolue ; 2° éviter l'ingestion de tout aliment et de toute boisson ; 3° calmer la douleur.

Cette dernière indication est la plus importante, car en s'y conformant on remplit toutes les autres. C'est à l'opium, comme dans la plupart des affections douloureuses de l'abdomen, que l'on aura recours. On portera les doses aussi haut que possible et on prendra pour limite le moment où la douleur cesse et où la réaction s'établit. (Luton, dict. Jacoud).

Voici la pratique de Bouveret, qui nous semble meilleure. — « Injections sous-cutanées de morphine qui calment les douleurs violentes et assurent l'immobilité de l'estomac et de l'intestin. Si les symptômes du collapsus persistent ou s'aggravent, on a recours de préférence aux injections d'éther ou d'huile camphrée. Le patient ne prend par la bouche ni liquides ni solides ; on ne lui permet que quelques très petits fragments de glace qu'il laisse fondre dans sa bouche. Un peu plus tard, s'il survit, on lui donne quelques lavements alimentaires ou désaltérants. L'abdomen est recouvert de vessies de glace.

Le poids en est souvent incommode, même douloureux ; il faut donc les rendre aussi légères que possible — Si la péritonite est localisée, le traitement médical peut réussir. La période d'acuité passée, la périgastrite reste plastique, ou bien il se forme un foyer enkysté, contenant du pus ou tout à la fois des gaz et du pus. Un tel foyer est le plus souvent accessible à l'intervention chirurgicale.

Traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical de la perforation stomacale avec péritonite générale est une question très intéressante, et mérite à nous arrêter un peu plus longuement.

Une première question se pose, question que nous avons étudiée dans le diagnostic et que l'on ne peut que dans certains cas considérer comme résolue, c'est la certitude de l'existence d'une perforation de l'estomac. Nous verrons d'ailleurs que pour un certain nombre de chirurgiens, la probabilité d'une perforation stomacale est une indication suffisante pour autoriser la laparotomie.

Nous allons résumer quelques travaux sur ce point intéressant de clinique chirurgicale.

Mickulicz de Krakau a fait sur ce sujet un intéressant travail : La laparotomie dans la perforation de l'estomac et de l'intestin (Sammlung Clinischer Vorträge n° 262.)

C'est un partisan résolu de la laparotomie pour les péritonites par perforation; il reconnaît que la plus grave objection est la difficulté du diagnostic qui ne peut sou-

vent être fait que quand la péritonite est déclarée ; mais la péritonite déclarée n'est pas une contre-indication à l'opération et son intensité même ne doit pas arrêter la main du chirurgien, à moins que le malade ne soit sans pouls et la température au-dessous de 36°, il ne faut pas prendre pour une dépression terminale les phénomènes du choc nerveux. D'ailleurs, quand même ce diagnostic serait douteux, la péritonite, quelque soit la cause, ne pourrait qu'être améliorée par la laparotomie, et si une opération est excusable c'est bien dans les cas de ce genre où la vie est menacée à bref délai.

La recherche de la perforation peut être très difficile et demande une grande méthode. Il faut pratiquer la suture, après avoir réséqué l'estomac jusqu'aux parties saines. Quand la suture est étendue, Bouilly conseille une fistule de sûreté. *Mickulicz* ne croit pas cette précaution nécessaire, à condition de mettre un drain péritonéale aboutissant près du siège de la suture. Le drainage, en effet, dangereux quand le péritoine est sain comme dans l'ovariotomie, ne peut avoir que des avantages quand il y a péritonite.

Nous avons pu recueillir un cas de *Mickulicz* dans le *Centralblatt f. chirurgie* de 1884 :

« Homme 24 ans. — Rupture de l'estomac. — Laparotomie. La perforation se trouvait sur la petite courbure en haut du côté du diaphragme, ce qui rendait difficile la suture. Le malade, qui s'est attiré cette rupture par distension extrême de l'estomac et dont l'abdomen était plein des restes alimentaires, mourut 3 heures après l'opération. »

Steinthal (Revue de Chirurgie, 1888) a fait 2 fois la laparotomie pour péritonite consécutive à la perforation stomacale. — Dans le premier cas, mort 4 jours après. L'autopsie montre une perforation de la paroi antérieure, qui avait passé inaperçue pendant l'opération. — Dans le second cas, mort pendant l'opération, ulcère de l'estomac qui avait traversé la paroi antérieure.

D'après *Steinthal*, l'importance est de poser le diagnostic le plus tôt possible et de déterminer, si faire se peut, le siège de la lésion. — La laparotomie faite, ce dernier point peut être éclairci de la façon suivante. Quand le péritoine laisse échapper des gaz inodores, on a probablement affaire à une perforation de l'estomac, tandis que des gaz fétides viennent de l'iléon et du colon.

Voici l'opinion du professeur *Poncet*, de Lyon. En présence d'une perforation probable de l'estomac, perforation spontanée produite par un ulcère, quelle conduite faut-il tenir ? En pareil cas, la laparotomie immédiate, suivant *M. Poncet*, s'impose. On doit se comporter comme dans les cas de perforation traumatique, alors qu'il s'agit d'une plaie pénétrante de l'estomac soit par un instrument tranchant soit par arme à feu. La seule contre-indication d'une laparotomie serait un état d'affaiblissement, de collapsus trop prononcé. Mais si l'on tient compte de ce fait, que la perforation de l'estomac est fatalement mortelle à une période plus ou moins rapprochée de la déchirure de ce viscère, on comprendra que nous fassions la part très faible aux contre-indications de la laparotomie.

Poncet est un partisan de la laparotomie médiane, pratiquée sur la ligne blanche et allant de l'appendice xyphoïde

à l'ombilic. Il faut en effet non-seulement avoir du jour pour se rendre compte du siège de la perforation et amener en dehors de la cavité abdominale la partie de l'organe, siège de la perforation, mais il faut encore pouvoir ensuite pratiquer la toilette du péritoine souillé par les liquides qui ont pu s'échapper de la plaie stomacale.

Les règles de la gastroraphie sont les mêmes qu'après l'incision de l'estomac pour l'extraction d'un corps étranger par exemple. M. Poncet, conseille une fois la suture de l'estomac pratiquée d'après les règles connues, de maintenir, dans la plaie, la partie suturée par deux points de suture qui donnent plus de sécurité. Il est également partisan du drainage de la cavité péritonéale dans l'angle inférieur de la plaie, infectée par les liquides qui ont passé de l'estomac dans la cavité abdominale.

Les chances de guérison seront d'autant plus grandes que l'on sera intervenu à un moment plus rapproché de la perforation et alors que l'état général du sujet n'est point devenu trop mauvais. L'intervention chirurgicale dans la lésion de ce genre doit être considérée comme innocente, et si le malade succombe après une opération pratiquée suivant les règles d'une aseptie complète, il succombe malgré l'opération qui seul eût pu le guérir et non par le fait de l'acte opératoire.

Voici un cas de laparatomie par Poncet (1).

« Homme âgé de 36 ans, pris de péritonite aiguë d'autant de 36 heures, la brusquerie et l'intensité des symptômes abdominaux permettaient d'affirmer que cette pé-

(1) Thèse de Mehler. Lyon, 1891.

ritonite avait eu pour cause une perforation de l'estomac, vu les antécédents du malade et l'absence des vomissements, et le Professeur Poncet fut d'avis de pratiquer la laparatomie. L'opération a montré que la péritonite était due en effet à une perforation de l'estomac, consécutive à un ulcère rond développé dans la région pylorique au voisinage de la petite courbure sur la face antérieure du ventricule. — La perte de substance avait les dimensions de 50 centimètres. M. Poncet a essayé de réunir les lèvres de la plaie stomacale, mais le tissu pathologique constituant les bords de l'ulcère se laissait déchirer par les fils ; le malade a succombé avant la fin de l'opération.

« *Remarque.* — Chez ce malade, le ventre était d'un volume normal, la paroi tendue ; après la laparatomie, les anses intestinales n'ont nullement fait hernies, on a pu les dérouler facilement, elles n'étaient pas distendues. »

M. Kriege, à propos de son succès opératoire, que nous publions, fait les réflexions suivantes :

« Cette intervention a été faite jusqu'à présent sept fois, sans qu'on ait pu sauver un seul malade. En face de ces résultats, on peut donc se demander jusqu'à quel point l'intervention est alors justifiée. Mais si l'on analyse ces cas, on voit que les insuccès ont tenu à des causes indépendantes de l'opération elle-même. — Ainsi dans le premier cas de Steinthal et dans celui de Stelzner, on ne trouva pas la perforation et alors la situation est la même que si les malades n'eussent pas été opérés. Dans le second cas de Steinthal et dans ceux de Mickuliez, Stelzner et Heuser, on opéra trop tard en pleine péritonite. Et en-

core dans le premier cas de Stelzner, il y avait une seconde perforation qui échappa à l'opérateur et dans son second cas le malade succomba dix jours après l'opération, à l'ouverture de la plèvre d'un abcès sousphrénique. »

Et plus loin, après avoir donné son opinion sur le diagnostic, que nous avons vu : « Il faut donc intervenir le plus tôt possible. La recherche de la perforation est très difficile, comme on peut le voir dans mon cas ; mais on se rapellera que le plus souvent, comme l'ont montré les recherches de Brinton, la perforation siège sur la paroi antérieure de l'estomac au niveau du cardia. Après l'opération, les premiers jours lavements nutritifs seulement. Par la même voie calmer la soif. Repos de l'organe par injection de morphine et suppositoires d'opium. »

Hastings Gifford publie un insuccès tardif (mort au 31^e jour) ; il se développait le 11^e jour un abcès gazeux sousphrénique et un foyer de bronchopneumonie (*British medical jour.*, 6 mai 1893. D'après le *Bulletin médical*, 1893, 17 mai.)

MM. Warrington, Havard et Lee Dickinson ont relaté à la *Clinical Society* de Londres (28 avril dernier), de même un insuccès tardif après six semaines. La laparotomie fut pratiquée quatorze heures après le début des accidents. La cause de la mort était un abcès de la base du poumon gauche et un empyème diaphragmatique (1).

Enfin, *M. Gilbert Barling*, de Birmingham, relate, dans le *British Medical journal* (d'après le *Bulletin méd.*,

(1) *Bull. méd.*, 17 mai 1893.

25 juin 1893), trois cas de perforation de l'estomac, qui montrent combien variables peuvent être les suites de cet accident :

1^{er} cas. — Jeune fille de vingt-deux ans, qui fut prise de violentes douleurs dans l'abdomen au moment où elle se baissait. Six heures après, l'abdomen était distendu légèrement, il était douloureux à la pression profonde. Le malade était dans un état voisin du collapsus ; elle vomissait, elle toussait d'une façon quinteuse.

L'abdomen fut ouvert sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic, on enleva une certaine quantité de liquide épanché dans la cavité péritonéale, mais il fut impossible de trouver une lésion dans un quelconque des organes abdominaux. La cavité péritonéale fut alors lavée et drainée. La malade succomba au bout de 24 heures. A l'autopsie on trouva une perforation de l'estomac au niveau de la face antérieure ; cette perforation avait pour cause un ulcère qui ne s'était révélé par aucun symptôme pendant la vie.

2^e cas. — Jeune fille de 20 ans, conduite à l'hôpital pour une perforation possible d'un organe abdominal datant de deux jours. Trois ans auparavant la malade avait été soignée pour un ulcère de l'estomac. Quatre jours après l'entrée, l'abdomen était considérablement distendu. Il y avait des vomissements. En présence de ces symptômes une laparotomie fut pratiquée. Il existait entre le foie et l'estomac, une collection purulente, qui une fois évacuée, permit de constater l'existence d'une perforation de l'estomac au niveau de la paroi antérieure. La perforation

fut oblitérée, la cavité péritonéale lavée et un drain placé entre le foie et l'estomac. Mort au bout de 36 heures. A l'autopsie on trouva une péritonite généralisée. La perforation de l'estomac avait été complètement oblitérée.

3^e cas. — Femme de vingt-neuf ans, atteinte d'un ulcère de l'estomac, fut prise le 8 mai 1892 de violentes douleurs abdominales avec perte de connaissance et vomissements. L'abdomen était distendu considérablement et très sensible à la pression. On pensa à une perforation de l'estomac. Toute alimentation par la bouche fut supprimée et la malade soumise à des injections de morphine. Sous l'influence de ce traitement, la malade parut se remettre et, de nouveau, on lui permit de s'alimenter par la bouche. Bientôt apparut une nouvelle crise de douleurs abdominales et l'on constata le développement d'une tuméfaction dans la région de l'hypochondre gauche.

Le 28 mai, la malade était dans un si mauvais état que M. Barling hésitait à intervenir; il fit cependant une incision au niveau de l'hypochondre gauche, au point où se trouvait la tuméfaction. On tomba dans une petite cavité située entre l'estomac et la rate; cette cavité renfermait du pus en petite quantité; celui-ci fut évacué et la poche drainée. Bien que la convalescence ait été très longue et que la guérison ait été retardée par une double phlébite, la malade s'est cependant rétablie complètement.

Réflexions de l'auteur : Ces trois observations montrent combien est difficile la terminaison favorable de la perforation de l'estomac survenant dans le cours d'un ulcère de cet organe. Le taux de la mortalité dans la perfo-

ration de l'estomac est très élevé; il atteint 95 0/0; on peut donc affirmer que chaque malade qui guérit après une intervention chirurgicale ne l'a été que grâce à l'opération.

Les signes par lesquels se manifeste la perforation, ne sont pas constamment les mêmes; ils ne sont pas toujours assez caractéristiques pour que le diagnostic soit fait d'une façon certaine. Il n'existe pas de règle fixe pour l'intervention; le mieux est d'ouvrir l'abdomen au niveau de la ligne médiane. Il faut examiner avec attention, quand on soupçonne une perforation, les régions qui avoisinent l'estomac, parce qu'il se fait souvent entre cet organe et les voisins (foie, rate, pancréas) une collection purulente qu'il est de toute nécessité d'évacuer.

La recherche de la perforation est rendue facile quand il s'est fait dans la cavité péritonéale, une extravasation de matières alimentaires, mais il n'en est pas toujours ainsi. Quand il n'y a aucune parcelle d'aliment dans la cavité péritoniale, la perforation siège toujours au niveau de la petite courbure ou au niveau de la partie supérieure de la paroi antérieure.

La perforation doit être suturée soigneusement, sauf quand les parois stomacales sont trop friables; il faut alors suturer l'estomac à la paroi. Quand l'orifice de la perforation est inaccessible, il faut se contenter de laisser un drain à demeure; celui-ci doit être placé le plus près possible de la région où siège la perforation. Il est utile de drainer en même temps la cavité pelvienne d'un drain sortant à la partie inférieure de l'abdomen.

Quand les choses au lieu d'évoluer d'une façon aiguë,

marchent lentement comme dans le second cas, le mieux est de faire une incision au niveau de la tuméfaction qui s'est formée sur les parties latérales de l'estomac. Le pus qui s'est collecté doit être soigneusement évacué et la cavité drainée. »

Quand on a lu ces observations de laparotomie pour perforation stomacale, quelques réflexions s'imposent et voici ce que dit Bouveret dans son traité des maladies de l'estomac à ce propos : « Assurément, en pareille matière, les faits ont plus de poids que les raisonnements, et ils ne sont pas encore assez nombreux pour autoriser un jugement définitif. Pour avoir chance de succès tout le monde est d'accord qu'il faut opérer le plus tôt possible, avant l'infection générale du péritoine. Or, tout à fait au début des accidents, il n'est pas possible d'être entièrement fixé sur la gravité des conséquences de la perforation.

Ces conséquences ne sont pas toujours une péritonite rapidement mortelle. La périgastrite suppurative, destinée à former un abcès sousdiaphragmatique, débute aussi par des symptômes fort alarmants. Bouveret a vu deux fois la péritonite, d'abord en apparence généralisée, se localiser à la région susombilicale, y rester plastique et les malades entièrement guérir. Le 3^{me} cas de M. Baling, que nous avons donné plus haut, était dans les mêmes conditions.

L'intervention immédiate serait acceptable, même sans aucune hésitation, si elle était de peu de gravité et offrait au moins autant de chances de succès que d'insuccès.

Malheureusement il n'en est pas ainsi, du moins jus-

qu'à présent. Sur les 12 ou 13 opérés qu'on connaît, un seul a guéri; la proportion est-elle supérieure à celle que donne un traitement purement médical? Ce n'est pas bien probable (Bouveret.)

On a comparé, au point de vue du traitement chirurgical, la péritonite par rupture d'un ulcère gastrique à celle que provoque la perforation de l'appendice iléo-cæcal. La comparaison n'est pas très exacte. Si le diagnostic de la perforation appendiculaire est préalablement établi, et il l'est le plus souvent, le chirurgien sait fort bien quelle région du péritoine doit porter son investigation, et en admettant même que le diagnostic exact fasse défaut, la recherche de l'appendice est chose relativement facile. Lier ou réséquer l'appendice ulcéré ou gangrené n'est pas non plus une opération qui présente de grandes difficultés. Il en est tout autrement quand il s'agit d'une perforation de l'estomac. Il est impossible de connaître d'avance le siège d'une telle perforation. C'est l'ulcère de la paroi antérieure qui est le plus exposé à la rupture, mais l'ulcère de la paroi antérieure est de beaucoup le plus rare. Dans la grande majorité des cas, la perforation occupe la paroi postérieure ou la petite courbure.. Il est donc extrêmement probable que, l'abdomen étant ouvert, le chirurgien ne réussira pas à découvrir un point suspect sur toute la région de l'estomac immédiatement accessible.

Passera-t-il à travers les épiploons, ou bien ouvrira-t-il l'organe pour en explorer la paroi postérieure et la petite courbure? S'il réussit à trouver la perforation, il est bien probable qu'il s'arrêtera devant l'impossibilité de pratiquer l'avivement et la suture d'une perforation produite

par un ulcère le plus souvent fort large, adhérent aux organes contigus, avoisinant de gros troncs artériels. Du reste, c'est ainsi que les choses se sont passées dans plusieurs des cas connus : plus d'une fois l'opérateur n'a pas réussi à trouver la perforation. (Bouveret)

Nous sommes néanmoins d'avis des chirurgiens, qu'il faut opérer de bonne heure, quoiqu'il arrive, dès que le diagnostic est à peu près certain, pourvu que le malade ne soit pas arrivé dans le collapsus finale !

Péritonite localisée ou périgastrite suppurée.

Dès que le foyer de périgastrite suppurée est bien enkysté, il n'y a pas de doutes sur l'opportunité d'une intervention opératoire. Cette péritonite partielle peut être traitée avec le même succès que les collections purulentes du petit bassin.

L'opération est relativement facile si le foyer est en rapport avec une certaine étendue de la paroi abdominale antérieure. L'incision est pratiquée sur cette paroi, au point le plus saillant sous les bords des fausses côtes. — Le pus qui s'est collecté doit être soigneusement évacué et la cavité drainée. (3^e cas de Barling).

Hémorrhagie foudroyante.

Dans cette forme, que nous nous sommes proposé à étudier particulièrement, le médecin n'a généralement pas le temps d'intervenir et se trouve toujours complètement désarmé. Pourtant, s'il fallait intervenir dans les cas où il y aurait encore de l'espoir à sauver le malade, il faudra pratiquer la transfusion du sang complet et vivant qui,

seul, peut conjurer le péril. En effet, il ne suffit plus de remplir l'appareil circulatoire avec de l'eau salée pour lui restituer une partie de la masse liquide qu'il a perdue, mais il faut rendre au sang une certaine quantité de globules qu'il a perdus et qui lui sont nécessaires pour entretenir la vie. — M. Ziemssen (Bl., Vortrage, Leipzig, 1887) préfère l'injection sous-cutanée du sang humain. Ce procédé est beaucoup plus simple et pratique que la transfusion intra-veineuse. Mais il est assez douloureux pour nécessiter l'anesthésie. — Or est-il prudent d'anesthésier un patient dont l'anémie est assez grave pour menacer la vie à bref délai ?

M. Gannet (Boston. Med-Journ. 1889) paraît avoir pratiqué la laparotomie avec la pensée d'arrêter une grave hémorragie d'origine ulcéreuse. Le ventre ouvert, il trouva le pylore épaissi, induré, adhérent, et il n'alla pas plus loin. Le malade mourut. Un ulcère, occupant la paroi postérieure du pylore, avait deux fois ouvert l'artère paucréatico-duodénale. Il est probable que pendant longtemps ce sera une illusion que de tenter l'hémostase chirurgicale d'une hémorragie gastrique.

En admettant même que, l'estomac étant incisé, on trouve facilement l'ulcère qui saigne, comment réussir à placer une ligature à une telle profondeur et dans de tels tissus ?

OBSERVATIONS.

Nous avons à notre disposition un grand nombre d'observations, qui nous ont servi à la rédaction de cette thèse. Nous avons choisi celles qui nous ont paru offrir le type le plus exact de la question que nous avons à étudier.

OBSERVATION I

Laparotomie dans un cas de perforation avec péritonite générale dans le cours d'un ulcère (d'après BARLIN, *KLIN. Wocheuchr*, 1892) par KIEGE. trad. dans le *Mercure médical*, 4 janvier 1893.)

Il s'agit d'un homme de 41 ans, dont les premiers troubles digestifs remontaient à l'âge de 20 ans. Soigné pour un catarrhe de l'estomac, puis, après l'examen du contenu stomacal, pour une gastrite d'origine nerveuse, il fut pris, au commencement de juin 1891, d'hématémèses qui se reproduisirent trois fois dans le courant du mois, la dernière du 24 au 31 Juin.

Le malade s'était rétabli et avait pu reprendre ses oc-

cupations, en suivant un régime spécial qui lui avait été ordonné. Un an après, dans la nuit du 18 au 19 mai 1892, après avoir éprouvé pendant plusieurs jours des douleurs légères dans l'épaule, il fut brusquement éveillé de son sommeil par des douleurs violentes dans le ventre, principalement dans la région épigastrique. La veille il avait pris, à 8 h. du soir, un peu de lait et un biscuit.

Je vis le malade à 4 heures du matin. Il y avait un peu de collapsus. La température était normale, le pouls à 82, la respiration un peu accélérée. *Pas de ballonnement du ventre, pas de vomissement*, mais douleurs abdominales violentes. A la percussion le foie présente sa *matité normale*. *Piqûre de morphine et glace sur l'épigastre.*

Mais immédiatement après la piqûre le malade est pris de collapsus, dont il sort pourtant au bout de 5 minutes. Le lendemain, à 10 heures du matin, comme je trouve le malade un peu fatigué, mais dans un état général satisfaisant, je lui permets de prendre toutes les demi-heures deux cuillerées à bouche de lait glacé. Deux heures après, il est pris d'une nouvelle crise de douleurs, et à l'examen je trouve maintenant *le ventre retractoré*, un peu tympanique à la percussion, *avec disparition complète de la matité du foie*. Il devient évident pour moi que je me trouve en face d'une péritonite par perforation de l'ulcération stomacale, et je propose la laparotomie, qui est acceptée. *Incision sur la ligne médiane allant de l'apophyse xiphoïde à l'ombilic.*

L'ouverture du péritoine donne lieu à la sortie d'une certaine quantité de gaz inodores. Entre les anses intesti-

nales, à peine plus injectées qu'à l'état normal, on trouve une certaine quantité de contenu stomacal. La séreuse de la paroi antérieure de l'estomac est un peu injectée et couverte de dépôts fibrineux, seulement dans sa partie supérieure, vers la petite courbure. Nulle part on ne voit de perforation. Une incision transversale met à nu l'estomac jusqu'au pylore, mais ici non plus on ne trouve pas de perforation. On déchire alors le ligament gastro-hépatique pour examiner la paroi postérieure de l'organe, qu'on trouve également intacte. On fait alors une incision transversale à gauche vers le cardia, et en soulevant avec force le rebord des fausses côtes on trouve enfin sur la paroi antérieure, sous le diaphragme, à 3 cent. du cardia, entre la grande et la petite courbure, une perforation grosse comme un pois. L'orifice est alors avivé et suturé non sans difficultés. Le sang et le contenu stomacal sont essuyés avec des tampons de gaze sublimé. Suture de la plaie abdominale jusqu'à son angle inférieure, où l'on introduit une bande de gaze iodoformée.

Les suites opératoires furent très simples, sauf un petit abcès de la paroi abdominale, et le malade a pu quitter son lit au bout de quinze jours. Mais quatre ou cinq jours après il fut pris d'une pleurésie purulente à gauche qui nécessita l'opération de l'empyème, dont il guérit assez rapidement.

Réflexions. — La filiation des phénomènes est assez facile à rétablir. Le malade avait un ulcère de l'estomac depuis de longues années. Dans la nuit du 18 au 19 mai se produisit la perforation de l'estomac. Comme l'organe était à ce moment vide, l'air seul pénétra dans la cavité

abdominale en provoquant des douleurs violentes qui réveillèrent le malade. Les douleurs se calmèrent sous l'influence de la morphine et, peut-être, sous l'influence du repos et de la vacuité de l'estomac, les bords de la perforation se recollèrent-ils. Mais lorsque à 10 heures, le malade prit du lait, ce liquide, de même qu'une nouvelle portion d'air, passèrent dans la cavité abdominale en provoquant les phénomènes qui m'indiquèrent nettement l'existence d'une perforation suivie d'un commencement de péritonite.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance du D^r GOLDENBERG, ancien interne de l'hôpital de Rothschild.

**Perforation dans l'ulcère de l'estomac ; péritonite
— suraiguë ; mort rapide.**

Berthe J....., âgée de 18 ans, de profession marchande au temple, entre à l'hôpital de Rothschild, lit 12 de la salle des femmes dans le service de M. le D^r Weill, le 15 janvier 1893.

Anthéréd. Mère morte de tuberculose pulmonaire, père bien portant, frère bien portant.

Ant pers. Elle n'a pas eu de maladies dans son enfance. Régée pour la première fois à l'âge de 13 ans. A toujours été mal réglée. A fait plusieurs séjours à l'hôpital de Rothschild pour l'anémie. Son dernier séjour a eu lieu il y a un an et demie, elle est restée à l'hôpital pendant 2 mois pour une anémie très avancée avec des troubles

gastriques, anorexie, douleurs dans la région épigastrique, douleurs qui revenaient par crises.

Actuellement elle est malade depuis 2 jours. — Le 13 janvier, tout en vaquant à ses occupations, elle ressentait de très fortes douleurs dans la région épigastrique avec des vomissements, malgré cela elle n'a pas changé de régime et continuait à manger comme d'habitude. Vers la nuit du 14 au 15 janvier, elle fut prise tout d'un coup d'une douleur extrêmement violente dans l'épigastre avec une dyspnée très intense. Toute la nuit la malade se trouvait très mal, le ventre commençait à gonfler et ses parents, voyant son état s'aggraver, se décident à la conduire à l'hôpital, où nous la trouvons dans l'état suivant :

Température normale, facies grippé, abdominal. Pouls filiforme, c'est à peine qu'on peut le percevoir et compter. Ventre excessivement ballonné, à la percussion nous trouvons de la sonorité autour de l'ombilic et de la matité absolue aux deux flancs et à l'hypogastre. Le ventre est excessivement douloureux, même la percussion est douloureuse.

Langue sale. Elle se plaint des nausées et des renvois. Soif ardente, la malade boit des litres de liquide sans pouvoir apaiser sa soif. *Pas de vomissements.* Dyspnée très intense. Respiration courte et fréquente, 70 respirations par minute. L'auscultation de la poitrine nous révèle un peu d'amoindrissement du mouvement respiratoire, Rien à la percussion. — Au cœur les bruit sont un peu sourds, voilés et lents.

Nous la trouvons dans cet état à 9 h. du matin, au moment de son admission.

Notre maître, M. Weill, en l'examinant pose le diagnostic de péritonite suraiguë par perforation de l'estomac, vu les troubles gastriques qu'elle accusait auparavant et surtout *par absence des vomissements*, le liquide passant au fur et à mesure qu'il a été ingéré par l'ouverture.

Notre maître prescrit un traitement en conséquence, de l'opium à haute dose et du badigeonage avec du colloïdion sur le ventre.

En même temps il nous recommande d'aller appeler d'urgence le chirurgien du service, mais les symptômes s'aggravent.

Le ventre devient excessivement tendu.

Le pouls devient à peine perceptible, les extrémités se refroidissent; orthopnée, cyanose des lèvres et des extrémités. La malade succombe à 5 heures du soir dans le collapsus.

L'autopsie a été faite 24 heures après la mort.

Le péritoine contient beaucoup de liquide séropurulent, approximativement 6 litres. Il n'y a pas d'adhérences, n'ayant pas eu le temps de se former. — Foie normal, mais la surface dépolie, à cause du liquide dans lequel elle baignait; poumons, cœur, rate normaux.

Estomac. — Capacité normale. A l'extérieur, sur la face antérieure à demi distance de deux courbures, une ouverture circulaire de la dimension d'une pièce de 50 cent. Bord régulier, taillé à pic. En ouvrant l'estomac nous trouvons la muqueuse un peu injectée et l'ouverture se trouve circonscrite d'une ulcération également circulaire.

L'ulcération est unique et a une dimension d'une pièce de 1 fr.

L'estomac a été présenté à la Société anatomique, dans la séance du 17 mars 1883, par mon collègue et ami, Monsieur Recht, interne à l'hôpital de Rothschild.

OBSERVATION III

(MÉDICO-LÉGALE)

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Vibert)

Rapport sur un cas de perforation stomacale par ulcère

(Accident de voiture du 6 novembre 1892 et mort du
7 novembre 1892).

Autopsie, 12 novembre. — Aspect du cadavre. Le cadavre est celui d'un homme paraissant bien constitué, la putréfaction est très avancée, la face et le tronc sont tuméfiés par les gaz qui se sont développés dans le tissu cellulaire sous-cutané, la peau a une teinte verte, l'épiderme s'enlève au moindre frottement. On n'aperçoit pas sur les diverses parties du corps de plaies, d'érosions, d'écchymoses ni d'autres marques extérieures de violences actuellement appréciables. Les narines sont remplies par de l'ouate qui a été sans doute appliquée dans le but d'arrêter une hémorrhagie.

Ouverture du cadavre. — Après avoir enlevé la paroi antérieure du tronc, on constate qu'il existe sur le côté gauche de l'abdomen, un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, une ecchymose qui forme une mince couche de sang coagulé de 5 cent. environ de diamètre, entre les muscles grand et petit obliques. Un autre épan-

chement sanguin de mêmes d'imensions se trouve également entre les muscles, au niveau de l'hypochondre droit. Il existe une péritonite généralisée, caractérisée par la rougeur du péritoine, la présence de néo-membranes recouvertes de pus épais qui relient les anses intestinales entr'elles. Les lésions de la péritonite sont plus accentuées dans la moitié inférieure de l'abdomen.

Le foie présente une déchirure qui suit la direction de la ligne axillaire, mesure 4 cent. de longueur sur 1 cent. 1/2 de profondeur, ses bords sont irréguliers, tomenteux, imbibés de sang et de pus.

Sur le gros intestin on trouve à la partie supérieure de l'S iliaque, au niveau de l'ecchymose des parois abdominales signalée précédemment, une contusion intéressant les trois tuniques de l'intestin sur une longueur de 2 centimètres, mais sans perforation. Il n'y a pas d'autres lésions traumatiques des viscères abdominaux. L'intestin ne présente pas de déchirures ni de contusions. La vessie est intacte et contient un peu d'urine.

Les reins, la rate n'offrent pas d'altérations pathologiques. L'estomac présente à sa face postérieure une ulcération à bords régulièrement arrondie, un peu moins grande qu'une pièce de 1 franc. Les bords sont légèrement tuméfiés, infiltrés de sang; autour d'eux la séreuse adhère aux parties voisines sur une petite étendue. Cette ulcération est complètement perforée, de sorte que l'estomac communique librement avec la cavité péritonéale. L'estomac ne renferme du reste qu'une petite quantité de matières fécaloïdes.

Les côtes ne sont pas fracturées. Les poumons sont congestionnés à leur partie postérieure mais ne présen-

tent pas d'autres lésions. — Le cœur est vidé, ses valvules sont saines, ses parois le paraissent également. Il n'y a pas de lésions des gros vaisseaux.

Le cuir chevelu est intact, au-dessous de lui il n'existe pas d'ecchymoses, ni d'épanchement sanguin. Les os du crâne ne sont pas fracturés. Les méninges sont saines. Le cerveau est ramolli par la putréfaction, mais on peut constater cependant qu'il ne présente pas de lésions en foyer, et notamment pas d'hémorrhagie.

Il résulte des constatations qui viennent d'être exposées, que le sieur M.... était atteint de deux sortes de lésions : 1° une perforation d'un ulcère de l'estomac ; 2° une rupture du foie, des contusions de l'intestin et des parois abdominales.

La perforation de l'estomac ne peut être attribuée à la chute faite le 6 courant par le sieur M.... L'ulcération de l'estomac existait depuis longtemps ; elle a abouti spontanément à la perforation comme cela arrive souvent. On peut dire qu'elle a été la terminaison brusque d'une maladie ancienne, maladie que le sieur M.... ignorait peut-être, car il arrive parfois que l'ulcération de l'estomac reste tout à fait latente, n'occasionne aucun trouble de la santé, jusqu'au moment où son existence se révèle brusquement par une hémorrhagie ou une perforation.

Dans le cas actuel, la perforation s'est produite au moment où le sieur M.... était sur le siège de la voiture, et c'est alors qu'il a perdu connaissance. Il convient d'ajouter que cette perforation, qui était large et qui communiquait librement avec la cavité péritonéale, devait entraîner fatalement une péritonite aiguë, et la mort du

sieur M.... alors même que celui-ci n'aurait pas fait ensuite une chute du haut de son siège. D'un autre côté cette chute a occasionné des blessures graves, la déchirure du foie, la contusion de l'intestin et des parois abdominales, lésions qui ne peuvent être attribuées qu'à un traumatisme. Ces blessures, surtout la déchirure du foie, étaient également de nature à entraîner une péritonite à laquelle le sieur Malle aurait très probablement succombé, même s'il n'avait pas été atteint antérieurement de perforation de l'estomac.

Conclusions. — 1° Le sieur M.... a été atteint d'une perforation de l'estomac, qui s'est produite spontanément, comme terminaison d'une ulcération ancienne de cet organe.

2° C'est cette perforation de l'estomac qui a entraîné la perte de connaissance du sieur M.... et sa chute. La perforation aurait suffi à elle seule à occasionner la mort.

3° La chute du sieur M.... a occasionné des blessures graves, et qui très probablement auraient suffi aussi, à elles seules, à entraîner la mort.

Remarque. — C'est à la suite d'une demande de dommages-intérêts par les parents du cocher contre son maître, que la justice avait ordonné cette expertise médico-légale.

OBSERVATION IV

Double ulcère perforant de l'estomac, mort par péritonite suraiguë, par M. JAYLE, interne des hôpitaux.
(Société anat., Paris, nov 1891)

B..., Lauria, domestique, 20 ans. Entrée le 3 septembre 1891, hôpital Saint-Louis, salle Gosselin, n° 24. Jamais malade. Depuis trois semaines, diarrhée que la malade attribue à un changement de nourriture.

Hier, 2 septembre, à six heures du soir, elle a été prise brusquement, en ramassant un objet à terre, d'une douleur extrêmement vive dans l'hypochondre gauche et elle dit à ce moment avoir senti un craquement à ce niveau. Depuis pas de selles, ni gaz. Deux ou trois vomissements bilieux peu abondants.

À son entrée, ventre ballonné, douloureux, résonnant partout, sans aucune tumeur ni point douloureux spécial. Rien au toucher vaginal. Un peu de sueur froide. Température 37°. Le diagnostic reste douteux entre iléus et péritonite suraiguë.

Quatre heures plus tard la température tombe à 36°. Les extrémités sont froides, couvertes de sueur. Le pouls est incomptable, la respiration est à 60 et la malade commence à perdre connaissance. Etant donné la marche, on porte le diagnostic de péritonite suraiguë due à une perforation intestinale siégeant du côté de l'hypochondre gauche. — Mort à 11 heures du soir.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, liquide séro pu-

rulent avec quelques parcelles de matières alimentaires, entre autres des pépins de raisins. Gaz fétides. Pas d'adhérences. L'hypochondre gauche est d'abord examiné, on ne trouve aucune perforation intestinale à ce niveau. Le reste de l'intestin est examiné soigneusement et on ne découvre rien. On voit alors sur la face antérieure de l'estomac une petite perforation, et en soulevant fortement l'organe on en découvre une deuxième à la face postérieure.

Examen de l'estomac. — A la face antérieure, à trois centimètres au-dessous de la petite courbure et vers le milieu de celle-ci se trouve une perforation arrondie de 0,008mm. de diamètre. Le bord en est taillé à pic. Tout autour un peu de vascularisation. En regardant cette perforation par la face interne, on voit que l'étendue de l'ulcération est plus considérable, celle-ci est allongée transversalement et atteint 14mm. sur 9mm. au niveau de la muqueuse. — A la face postérieure de l'estomac existe une deuxième perforation située à environ 7 cent. du cardia, à 5 1/2 cent. sur la perpendiculaire abaissée de sa petite courbure. Cette perforation est elliptique et mesure 16mm. sur 7. Les bords en sont nets et amincis. A cette perforation correspond, par la face interne de l'estomac, une ulcération elliptique également, mais offrant une longueur de 2 cent. sur 1 cent. Le fond est formé au centre par la perforation et à la périphérie, par la musculuse qui se trouve à nu sur 45mm. d'étendue tout autour de la perforation. En un point cependant, la muqueuse, la musculaire et la séreuse sont ulcérées au même niveau.

Les deux perforations sont presque en regard l'une de l'autre ; celle de la face antérieure est cependant située à

environ 2 cent. à droite de la seconde. — L'examen des autres organes négatif.

Réflexions. — Cette observation, intéressante au point de vue anatomo-pathologique, l'est aussi au point de vue chirurgical. Si la malade était arrivée à l'hôpital quelques heures plus tôt, elle eût été laparotomisée. On croyait à une perforation intestinale siégeant vers l'hypochondre gauche. Les recherches auraient été dirigées vers ce point. Aurait-on trouvé les perforations stomacales, surtout la plus grande, située à la face postérieure, près de la petite courbure? C'est peu probable. Aussi le fait est-il intéressant à signaler, démontrant une fois de plus combien dans les péritonites suraiguës, le diagnostic est difficile et l'intervention périlleuse.

OBSERVATION V

(In thèse Marevéry, de la mort subite, Paris, 1885)

Mort subite par perforation stomacale au niveau de la cicatrice d'un ancien ulcère, par le Professeur BROUARDEL. — *Résumé de l'autopsie.*

Le cadavre du sieur B... Louis, est celui d'un individu paraissant âgé de 30 ans environ, de taille moyenne et assez vigoureux.

Ni érosions, ni contusions, ni ecchymoses sur le corps.

Hernie crurale droite sans étranglements et sans inflammations.

Rien au crâne ni au cerveau.

Le larynx, trachée, œsophage, sont sains ; environ deux

litres de liquide sanguinolent dans les deux plèvres, légères adhérences au sommet du poumon droit, les deux poumons sont légèrement congestionnés.

Un peu de liquide teinté par la matière colorante du sang, en péricarde ; cœur vide et normal ; valvules saines. Environ deux litres de liquide fécaloïde en abdomen.

Les anses intestinales sont réunies par quelques fausses membranes récentes.

Dans l'estomac, au niveau du pylore, on constate une perforation de la grandeur d'une lentille, qui siège sur une cicatrice provenant d'un ancien ulcère de l'estomac. C'est par cette perforation que les liquides se sont répandus dans l'abdomen.

Le foie, la rate et les reins sont sains.

Le gros intestin contient des matières fécales, sa muqueuse est saine ainsi que l'intestin grêle.

Quelques grammes d'urine en vessie.

Conclusion. — La mort a été le résultat d'une perforation stomacale, conséquence de la rupture d'un ancien ulcère cicatrisé.

La perforation a eu pour conséquence, une péritonite suraiguë qui a déterminé une mort rapide.

Il n'existe pas de traces de violences sur le corps.

(Le liquide qui était contenu dans l'estomac a été analysé et ne contenait aucune substance toxique. Les soupçons d'empoisonnement doivent donc complètement disparaître).

OBSERVATION VI

Ulcère simple de l'estomac. Hématémèse foudroyante. Pas de symptômes gastriques antérieurs; par M. Bazy, interne des hôpitaux (Soc. anat. 23 Nov. 1876).

Le nommé Lef. Charles, 43 ans, découpeur de fleurs, entre le 23 novembre 1876 dans le service de M. Nicaise. (Hôpital temporaire, salle St-André, n° 25).

Pas de maladies antérieures, pas de syphilis, légers antécédents alcooliques. — Cet homme vient à l'hôpital pour une contusion de la paroi thoracique gauche, reçue quatre jours auparavant. Il est un peu pâle, mais bien constitué, grand, mais bien musclé, d'un embonpoint moyen et sans amaigrissement. Il présente des douleurs mal localisées dans l'hypochondre gauche et le flanc. L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune lésion.

24 novembre. — Après la visite, une lypothymie en sortant du bain. — Soir. Syncope; immédiatement après nous constatons les phénomènes suivants : pâleur considérable de la peau et muqueuses, faiblesse très grande, sueurs froides; nous soupçonnons une hémorrhagie interne et en particulier une hémorrhagie qui se serait faite dans les voies digestives. Le sujet est interrogé dans ce sens; il dit s'être toujours très bien porté, n'avoir jamais eu ni vomissements ni hématémèse, ni douleurs d'aucune sorte.

Jamais il n'a regardé ses selles.

Rien du côté des organes respiratoires. Au cœur souffle systolique intense à la base, se prolongeant dans les carotides.

Du côté de l'abdomen, rien à la palpation ni à la percussion. Douleurs assez vives à la pression au niveau de l'épigastre. Hyperesthésie assez vive du reste de la paroi abdominale.

Rien au foie, rien dans les urines. On fait garder les selles pour le lendemain.

26 novembre. — Selles demi-molles, coloration vert noirâtre.

27 novembre. — Après le repas du soir et après quelques prodromes (malaise et faiblesse un peu plus grande) le malade se couche et vomit une quantité considérable de sang en caillots. Après quelques convulsions il meurt.

Autopsie. — Estomac très dilaté, contenant une assez grande quantité de liquide rouge, noirâtre. Trois ulcères au niveau de la petite courbure; le moyen est le plus étendu, il est arrondi et a les dimensions d'une pièce de 1 franc, ses bords sont taillés à pic, non décollés, s'élevant à 2 mill. au moins au-dessus du fond, lequel est rougeâtre et offre de petites éminences mamelonnées analogues à des bourgeons charnus. Au centre est un mamelon plus volumineux s'élevant au niveau des bords de l'ulcère, quand on l'examine à la coupe on croit y voir une artère sectionnée, bouchée par un caillot fibrineux.

Les bords de l'ulcère sont rouges et cette rougeur s'étend assez loin sur la petite courbure.

A droite de cet ulcère et à 1 cent. de lui, il en existe un autre très superficiel ayant les dimensions d'une lentille,

n'offrant du reste rien de particulier. — A gauche et toujours sur la petite courbure, mais empiétant un peu sur la face antérieure, et 4 cent. environ du premier, il en existe un troisième, elliptique, à axe antéro-postérieur, de la dimension de 50 centimes, très superficiel et dont le fond semble être traversé par un vaisseau à parois minces présentant une ouverture latérale qui semble manifeste, quand on l'examine sous l'eau et à la coupe.

Après quelques jours le bourgeon volumineux situé au centre du premier ulcère, s'est détaché et a permis de voir l'ouverture très nette d'un vaisseau qu'une injection a démontré être la coronaire stomachique.

Remarques. — Cette observation est intéressante à plusieurs titres. Elle a trait à un homme âgé de 43 ans. Notons encore sa marche foudroyante, l'absence de tout signe qui pût faire soupçonner la maladie avant l'apparition des syncopes ; l'existence de l'hémorrhagie au moment où l'ulcère semblait guérir ; enfin l'absence complète de douleurs, ce qui viendrait confirmer l'opinion des auteurs qui disent que les ulcères de la petite courbure sont indolents parce qu'ils ne se mettent pas en rapport avec les aliments qui les irriteraient. La vessie était considérablement distendue et renfermait au moment de l'autopsie 300 ou 400 grammes d'urine. Les urètres et les reins ne présentaient aucune altération appréciable. Les ganglions lombaires n'étaient pas engorgés.

OBSERVATION VII

Hémorrhagie foudroyante, par CAILLARD (Thèse 1833).

— **Ulcération de l'artère splénique**

Une femme, âgée de quarante-cinq ans, est amenée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Petit, médecin de cet hôpital.

Elle est maigre, sa peau a une légère teinte jaune, la face et les lèvres sont décolorées ; elle est sans connaissance et respire à peine ; je ne peux parvenir à sentir son pouls ; les membres sont froids ; du sang rouge sort de sa bouche, avec quelques efforts de vomissement. Les personnes qui l'avaient amenée me dirent que cette femme ne se plaignait pas ; que le jour même de l'accident on l'avait encore vue sortir, mais que, prise tout à coup d'un fort vomissement de sang, on lui avait fait avaler force sel de cuisine, et que les vomissements ayant continué, on s'était décidé à la mener à l'hôpital : la malade y expira quelques instants après son entrée.

A l'ouverture du corps, nous avons trouvé l'estomac rempli de sang, au milieu duquel existait un caillot du volume de deux poings ; la muqueuse de l'estomac était uniformément colorée en rose ; après avoir retiré ce sang

et avoir fait disparaître la plus grande partie de la coloration de la muqueuse par le lavage, nous avons trouvé vers la petite courbure de l'estomac, à deux pouces du pylore, non loin du cardia et sur la face postérieure (surface interne) une perforation arrondie de la grandeur d'une pièce de dix sous, à bords unis, arrondis rouges, entourée d'un cercle plus rouge et un peu plus élevée que le reste de la muqueuse. Cette ulcération, qui comprend les trois tuniques de l'estomac, est adhérente à la face antérieure du pancréas, qui en forme le fond et qui est seulement rouge et très peu ulcéré; vers la partie de l'ulcération qui se rapproche le plus du bord supérieur du pancréas, nous avons remarqué un petit pertuis dans lequel nous avons introduit, sans la moindre difficulté, un stylet boutonné, et, en dirigeant de gauche à droite, nous l'avons vu gagner le tronc cœliaque; tandis que dans le sens opposé, il se rendait vers la rate en suivant le canal de l'artère. Il fut très facile de séparer la face postérieure de l'estomac de la face antérieure du pancréas, les adhérence n'offrant qu'une très faible résistance, et alors il nous fut facile de voir l'étendue de l'ulcération sur cet organe, et de bien constater l'érosion des parois correspondantes de l'artère splénique; celle-ci ouverte ne présentait qu'une légère rougeur de sa tunique interne au pourtour de l'ulcération.

Il y avait beaucoup de sang dans les intestins; la malade était morte trop promptement pour avoir pu rendre du sang par les garderobes.

Réflexions. — Nous avons ici affaire sans doute à une perforation extrapéritonéale dans le cours d'un ulcère

latent, qui, dans sa marche envahissante, a aussi perforé l'artère splénique.

OBSERVATION VIII

(In Arch. génér. de méd., 1880)

Perforation de l'estomac dans l'ulcère, pneumopéricarde, mort au quatrième jour, par GUTTMAN.

Autopsie. — On trouve la poche séreuse du péricarde dilatée par un vaste épanchement gazeux. Le sac ainsi dilaté occupe tout l'espace indiqué par la percussion sur le vivant. Les poumons sont fortement rétractés vers la gauche. Des adhérences faibles, récentes, les unissent au péricarde.

L'estomac présente, dans la région du cardia, sur la paroi postérieure de la petite courbure, une ouverture ovale, à bord lisse de 1,5 cent. sur 1 cent. Cette perforation, située à la partie la plus profonde d'une cicatrice d'ulcère, donne immédiatement accès dans le péricarde. A ce niveau, l'estomac fait corps avec le diaphragme sur une étendue de 5 cent,

OBSERVATION IX.

(Soc. Méd. des Hôp. 1885.)

Perforation stomacale, pneumo péricarde, mort au quatrième jour, par M. MOIZARD.

(RÉSUMÉ)

Femme, 56 ans, cachectique. — La communication entre l'estomac et le péricarde s'est faite sans grand fracas. Le pneumopéricarde fut découvert sans qu'aucun symptôme ait attiré l'attention du côté du cœur. La malade n'avait ni palpitations, ni dyspnée, le pouls était petit et irrégulier, mais le premier bruit du cœur avait un timbre métallique très net. Le lendemain, on perçoit un bruit de clapotement rappelant absolument par ses caractères le bruit de moulin.

La percussion de la région précordiale donne un bruit tympanique. Le troisième jour la dyspnée est très marquée, le pouls petit, irrégulier, les extrémités froides. La mort survient au milieu du quatrième jour.

Autopsie : Le péricarde est fortement dilaté; ses deux feuillets sont recouverts d'un exsudat villeux se détachant assez facilement... Il communique avec l'estomac par un orifice mesurant 25 cent. de pourtour. Cet orifice est constitué de haut en bas par le péricarde, le diaphragme et la paroi stomacale fortement unis par du tissu conjonctif, et impossible à isoler. A droite, les bords de cette ouverture sont constitués par le tissu conjonctif du centre aponévrotique du diaphragme et le lobe gauche du foie, présentant une surface anfractueuse, grisâtre.

OBSERVATION X

(In Anzeig. der Krank. Gesel'sch. 1880)

**(Perforation de l'estomac ; perforation du cœur
par ulcère ; mort rapide ; par CHIARI.**

(RÉSUMÉ)

C'est la première observation de perforation du cœur par suite d'un ulcère

Femme de soixante-et-onze ans, meurt rapidement après son entrée à l'hôpital, avec tous les symptômes de l'ulcère simple, et spécialement des hématomèses et du melœna. — A l'autopsie on trouve sur la petite courbure un ulcère de 2 centimètres de diamètre ; l'estomac est à ce niveau déprimé en cul-de-sac du volume d'une noix, s'étendant à travers le diaphragme, le péricarde et la paroi du ventricule gauche, présentant à son extrémité une ouverture qui peut admettre une sonde cannelée ordinaire. Le cœur et le péricarde sont adhérents l'un à l'autre, le muscle est friable, atteint de dégénérescence graisseuse, l'endocarde épaissi sur une étendue d'un centimètre environ autour de la perforation. L'estomac est complètement rempli de sang frais, tous les organes sont dans une anémie profonde.

OBSERVATION XI

(Wiener med. Woch 1881)

Perforation de l'estomac; perforation du cœur à la suite d'un ulcère; par BRENNER

(RÉSUMÉ)

C'est le second cas, il s'agit d'une femme de 55 ans, sujette depuis quatre ans à des crises de cardialgie, accompagnées de vomissement. Six mois avant sa mort, elle eut une pleurésie avec irradiations extrêmement douloureuses à l'épigastre; un jour enfin elle a une hématomèse abondante, du méloena, et elle succombe en quelques jours, avec les symptômes d'une anémie profonde et d'une détresse cardiaque extrême. A l'autopsie, on trouve une perforation circulaire de la petite courbure faisant communiquer l'estomac et le cœur.

OBSERVATION XII

(Wien. Blatter, 1881)

Perforation de l'estomac, perforation du cœur par ulcère, par OSER.

C'est le troisième cas; Femme de soixante-et-onze ans, succombe en trois jours, avec des hématomèses et du méloena abondant. A l'autopsie on découvre un ulcère rond qui fait communiquer l'estomac et le cœur par un long canal intermédiaire.

OBSERVATION XIII

(British, med. Journ, 1886)

Perforation de l'estomac, perforation du cœur par ulcère; mort subite, par MAGEE FINNY

C'est le quatrième cas et le plus intéressant. Le malade, âgé de 19 ans, entre à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire suraigu; l'auscultation montre l'existence d'une péricardite sèche, caractérisée par un frottement au niveau du sternum. En quelques jours les symptômes rhumatismaux et le frottement disparaissent la fièvre tombe; quinze jours plus tard, le malade est complètement guéri.

Il ne présentait aucun symptôme de maladie de l'estomac, sauf cependant une douleur à l'épigastre et au niveau du cartilage de la sixième côte gauche, douleur qui, depuis cinq ans, survenait à des époques variables, ne durait que quelques jours, n'avait aucune relation avec l'introduction des aliments et n'était pas suivie de vomissements.

Pendant son séjour à l'hôpital, il eût deux ou trois crises cardialgiques très vives; mais dans la dernière semaine, il paraissait bien portant; la fièvre cependant avait reparu et pris un type hectique qu'on attribua à la tuberculose.

Dans la nuit du 8 décembre, le malade dormit mal; le 9, à huit heures du matin, il va sur le vase, se plaint d'une très grande faiblesse et se trouve mal au moment où on le rapporte dans son lit: ses matières fécales

étaient sanglantes ; il pâlit et meurt en une demi-heure, sans avoir eu de vomissement.

L'estomac et l'intestin, jusqu'à l'anus, étaient remplis de sang ; le premier de ces organes en contenait à lui seul environ deux « quarts ». La surface antérieure de l'estomac était fixée au diaphragme sur une étendue de 2 pouces environ par des adhérences très denses. Près du cardia se trouvait un ulcère, long d'un pouce et un quart, large de trois quarts de pouce, qui avait perforé la partie tendineuse du diaphragme et avait fait communiquer directement sans abcès, ni sac intermédiaire, le cœur et l'estomac, par une ouverture assez large. Le cœur était adhérent au péricarde sur une étendue de 8 centimètres de diamètre tout autour de la perforation ; il existait enfin une myocardite, qui avait évidemment préparé les voies à l'ulcération,

CONCLUSIONS

1. L'apparition brusque des phénomènes de péritonite suraiguë chez un malade soupçonné de porter un ulcère ou chez un individu en apparence bien portant, doit toujours faire penser à la perforation de l'estomac, si toutefois ces phénomènes sont accompagnés de la disparition rapide de la matité du foie, d'absence des vomissements et d'une augmentation de tension de la paroi abdominale surtout sans météorisme.

2. Le diagnostic de perforation de l'estomac, important au point de vue médico-légal, en cas de soupçon d'empoisonnement, mérite d'être précisé également en vue de l'intervention.

3. Le premier traitement à instituer est le traitement médical, mais la certitude ou même la probabilité d'une perforation de l'estomac constituent une indication suffisante pour avoir recours à la laparatomie comme moyen de prévenir et de combattre la péritonite.

4. Une hémorrhagie considérable survenue après le repas chez un malade dyspeptique, suivie de tous les signes d'une hémorrhagie interne intense, doit faire penser à une hématomèse grave dans le cours d'un ulcère, si les dernières parties du sang rendu avaient une coloration brunâtre et

le malade rendait le lendemain par l'anus une quantité plus ou moins grande de sang à l'aspect de goudron.

Si ces gastrorrhagies se répétaient coup sur coup sans effort de vomissement et le sang rendu le lendemain par l'anus était pur, il faudra s'attendre à une forme foudroyante.

5. Dans la forme foudroyante d'hémorrhagie stomacale le médecin se trouve presque complètement désarmé, n'ayant généralement pas le temps d'intervenir.

Accepté :

Pour la Présidence de la Thèse,

STRAUS

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bonveret. — Maladies de l'estomac, 1893.

Boulloche. — Ulcère rond de l'estomac, perforation de l'artère splénique chez une femme de 71 ans. (Bulletin de la Soc. anat. 1888).

Brinton. — Traité des maladies de l'estomac, traduit par Riaut, 1870.

Cruveilhier. — Loc. cit.

Chaussier. — Consultation médico-légale sur une accusation d'empoisonnement par l'oxyde d'arsenic. — Lécieun, Rénard, Laisné et Roux, médecine légale, 1819.

Damaschino. — Maladies des voies digestives.

Fiouppé. — Ulcère de l'estomac avec hémorrhagie foudroyante (Progrès méd. 1874).

Glover. — Chloroanémie. Ulcères multiples de l'estomac, péritonite aiguë par perforation.

Grasset. — Loc. cit.

Leudet. — Ulcères multiples de l'estomac; perforation stomacale; péritonite suraiguë. (Progrès méd. 1881).

Luton. — Article *estomac*, in Dictionnaire Dechambre.

Légroux. — Ulcère latent de l'estomac, hémorrhagie abondante, anémie profonde, transfusion de sang. (Arch. gén. de méd., nov. 1888).

Litten. — (Berlin, Klin, Wochenschrift. Déc. 1880), perforation de l'artère splénique au milieu des symptômes de l'anémie pernicieuse.

Mader. — Wiener med. Blatter, 15 oct. 1885.

Mathieu. — Art. Estomac, in Dict. Jacoud.

Niemayer. — (loc. cit.)

Méhier. — Perforation et rupture de l'estomac. (Thèse de Lyon 1891).

Ebstein. — (loc. cit) péritonite perforative.

Marevery. — Mort subite (Th. de Paris 1885).

Rokitansky. — (loc. cit.)

Debove et Renault. — Ulcère de l'estomac.

Talamon. — Deux cas d'ulcère perforant de l'estomac (Progrès méd. 1880).

Talamon. — Ulcère perforant de l'estomac à forme foudroyante, péritonite suraiguë avec collapsus (35°), Soc. anat. 1879.

Truc. — Thèse d'agrégation, Paris 1886. Traitement chirurgical de la péritonite.

Traité de médecine. — Art. ulcère, par Mathieu.

Traité de chirurgie. — Art péritonite par Jalaguier.

Walther. — Perforation stomacale par ulcère avec signes trompeurs ; Laparotomie ; mort ; (Soc Anat, Oct. 1890)

Vibert. — (Soc méd. leg. Déc. 1890), perforation de l'estomac *post mortem*.

